

**ZUR HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER
KLINISCHEN DIAGNOSEN BEI
HOHEN BLUTALKOHOLKONZENTRATIONEN**

Rita Hausberger

1977



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555615_0086

AUS DEM INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Vorstand: Prof. Dr. med. W. Spann

ZUR HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER
KLINISCHEN DIAGNOSEN BEI
HOHEN BLUTALKOHOLKONZENTRATIONEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Rita Hausberger
aus München

München 1977

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr.med. E. Liebhardt
Mitberichterstatter:	Prof. Dr.med. W. Spann
Dekan:	Prof. Dr.med. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	8. März 1977



Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet



INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. Einleitung	1
II. Literatur	2
III. Gesetzliche Voraussetzungen zur Blutentnahme	7
IV. Material und Methode	9
V. Ergebnisse und Diskussion:	13
1. Häufigkeitsverteilung der Gesamtfälle auf die einzelnen Jahre;	13
2. Häufigkeitsverteilung der Promillegruppen;	14
3. Inwieweit stimmen die Diagnosen mit dem tatsächlichen Trunkenheitsgrad überein?	17
4. Wie spiegeln sich die einzelnen Trunkenheits-Merkmale in der Gesamt-Diagnose wider?	21
5. Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen;	63
6. Häufigkeitsverteilung der Berufsgruppen;	67
7. Häufigkeitsverteilung der Delikte;	74
VI. Rückschlüsse	80
VII. Zusammenfassung	83
VIII. Literaturverzeichnis	84

I. Einleitung

Fast täglich kann der Gutachter vor Gericht feststellen, daß in den Blutentnahmeprotokollen kaum erklärbare Diskrepanzen zwischen dem Ergebnis der Alkoholbestimmung und dem ärztlichen Befund bzw. seiner Bewertung, aber auch zwischen den Einzelbefunden und ihrer graduellen Einstufung vorkommen. Häufig wird eine konsequente und sachliche Beurteilung durch solche scheinbaren oder tatsächlichen Widersprüche erschwert, zuweilen sogar verhindert. Wenn in Protokollen deutliche Gleichgewichts- und Koordinations-, artikulatorische Sprach-, Orientierungs- und Urteilsstörungen als leichte Alkoholwirkung bewertet werden und ein solcher Befund mit einer relativ hohen Blutalkohol-Konzentration (BAK) verbunden ist, andererseits relativ geringe Alkoholwerte mit schwersten körperlichen und psychischen Befunden zusammentreffen, werden gewöhnlich alle Ergebnisse einer besonders kritischen, auf die Ausräumung "unlogischer" Zusammenhänge gerichteten Überprüfung unterzogen (HEIFER 1964).

II. Literatur

Die Beweiskraft solcher Beurteilungen wird nicht nur im Gerichtssaal, sondern wegen der beobachteten Fehldiagnosen auch in der Literatur in Zweifel gezogen.

Veröffentlichungen über die Häufigkeit von Fehldiagnosen führten dazu, daß den ärztlichen Protokollen bzw. Beurteilungen sehr unterschiedliche Bedeutung beigemessen wurde:

Während THÜRAUF (1937) die klinische Untersuchung als unerläßlich ansieht, hält HESSE (1959) die Ergebnisse der Untersuchung nicht für forensisch brauchbares Beweismaterial. Diese negative Einstellung zur klinischen Untersuchung ist durch Berichte von EIBEL (1951) und WELTZIEN (1954) verursacht, die über 50 % Fehldiagnosen beobachteten. Solch hohe Werte konnten allerdings von PONSOLD (1957) und STEUER (1961) nicht bestätigt werden, obwohl auch sie über eine große Anzahl von Fehldiagnosen berichteten.

Bei SCHWEITZER entsprachen 44 % der gestellten Diagnosen nicht dem zu erwartenden Trunkenheitsbild.

Nach MUELLER ist die klinische Untersuchung nur ein Hilfsmittel und kann nicht als ausschlaggebend angesehen werden. EIBEL und SCHLEYER kommen aufgrund der gesammelten Erfahrungen und Bearbeitung eines großen statistischen Materials zur Feststellung, daß keinerlei feste Beziehungen zwischen der Blutalkohol-Konzentration und dem äußerlichen Zustand Untersucher bestehen. Als Konsequenz dieser Erhebungen schlugen sie wie die Autoren ANDREASSON und BONNICHSEN, DUCHO, HAASE, KRAULAND und Mitarbeiter vor, die Untersuchung völlig abzuschaffen.

Andererseits wurde angeregt, durch ein verfeinertes Vorgehen die Ergebnisse zu verbessern (HEIFER, KRAULAND und Mitarbeiter).

Über Wert und Verwertbarkeit des Blutabnahmeprotokolls ist viel diskutiert worden. Dabei geht es im wesentlichen

um die diagnostische Bedeutung der ärztlichen Feststellungen, insbesondere darum, ob zwischen der Beurteilung des Grades der Alkoholbeeinflussung durch den Arzt (oder einzelnen Symptomen) und dem BAK-Wert eine gute Korrelation besteht.

Zweifellos hängt die Beurteilung von vielen Faktoren ab:

- In einer Analyse dieser Fehldiagnosen kam STEUER (1961 und 1962) zu dem Schluß, daß Personen mit geringer Vor- bzw. Berufsweiterbildung dem ärztlichen Untersucher im Durchschnitt wesentlich stärker unter Alkohol stehend erschienen waren, als ihrem Blutalkoholspiegel entsprach. Umgekehrt wurden im Durchschnitt Akademiker und Angestellte günstiger beurteilt.

- Von wesentlichem Einfluß auf das Untersuchungsergebnis ist, so hatten verschiedene Bearbeitungen ergeben, welcher Arzt die Untersuchung vornimmt (HAASE, DUCHO, HEIFER, LOMMER): Der "erfahrene Untersucher" und der "Polizeiarzt" erheben in einem höheren Ausmaß positive und zutreffende Befunde als der Gelegenheitsuntersucher, d.h. ein Arzt, der nicht routinemäßig zu dieser Aufgabe herangezogen wird.

Der mit der Alkoholwirkungs-Diagnostik nur relativ selten betraute Praktiker oder Kliniker beurteilt im Durchschnitt wesentlich günstiger. Die Wirkung relativ geringer BAK'en wird öfters verkannt. Die Diagnose "hochgradige" Alkoholwirkung wird mit auffälliger Zurückhaltung gestellt.

Deshalb hat es sich bewährt, Blutentnahmen nur durch Gerichts- oder Polizeiarzte vornehmen zu lassen.

Daneben spielt aber auch die Einstellung des Arztes zum Alkohol bzw. zum Sistierten eine Rolle.

- Erfahrungsgemäß ist die Alkoholverträglichkeit eines Menschen individuell sehr verschieden. Abgesehen von dispositionellen Momenten spielt hierbei die Alkoholgewöhnung eine ganz große Rolle. Das hat zur Folge, daß BAK'en, die für gewisse Menschen bereits schon tödlich wirken, andere, stark alkoholgewohnte Menschen u.U. nur in den Zustand einer leichten oder mittelgradigen Trunkenheit versetzen.

Die wenigen Untersucher, die sich anhand eines größeren Materials mit der Bedeutung der Gewöhnung an Alkohol für das äußere Erscheinungsbild beschäftigt haben, fanden eine geringere äußerliche Schädigung bei Potatoren (JETTER 1938, HASSELBALCH-LARSEN).

Der einfache Rückschluß, bei Diskrepanz zwischen ärztlichem Befund und chemischem Untersuchungsergebnis müsse entweder dieses Ergebnis falsch sein oder der Beschuldigte verfüge eben über eine besonders hohe Konzentrationstoleranz ist - abgesehen von den vorstehend gegebenen Erläuterungen - auch aus folgenden wichtigen Gründen irrig: Die Faktoren, die das äußere Bild eines Menschen nach größerer Alkoholaufnahme entscheidend bestimmen, sind Selbstbeherrschungsvermögen, Alter, Geschlecht, körperlicher Allgemeinzustand, biorhythmische Einflüsse, Medikamente, Zeitpunkt des Trinkendes, Phase der Blutalkoholwirkung, äußerliche "Ernüchterung".

- Die Fähigkeit, sich äußerlich "zusammenzureißen", ist oft noch erhalten. Sie ist verschieden groß, hängt natürlich auch von der Blutalkoholhöhe und der "Phase" der Blutalkoholkurve ab, insbesondere aber von Herkunft und Bildungsgrad. Der Mensch kann die "toxisch bedingte Situation" in gewissem Umfang "durchbrechen" (BSCHOR).

Einer akuten Willensanspannung kann es jedenfalls durchaus gelingen, durch Beherrschung nach außen hin den Eindruck der alkoholischen Beeinträchtigung vorübergehend zu verwischen, vornehmlich bei den ataktischen Störungen. Oft fällt dann allerdings schon bei der Sistierung eine "steife" und "gezwungene" Haltung auf.

- Eine Bedeutung kommt auch dem Alter des Betroffenen zu. Nach den Ergebnissen von DECKERT zeigten sich auffällige Unterschiede in dem Verhalten von älteren und jüngeren unter Alkoholeinfluß stehenden Individuen.
- Bei Frauen beobachtet man im Gegensatz zu den Männern bei gleicher BAK meist eine stärkere Wirkung des Alkohols.
- Körperliches Unbehagen oder Ermüdung verstärken die alkoholbedingten Leistungseinbußen.
- Biorhythmische Einflüsse modifizieren die Alkoholkwirkungen: nach Mitternacht wird bei gleicher BAK eine stärkere Leistungseinbuße als bei Tagversuchen gesehen.
- Arznei- und Genußmittel können zu einer Änderung der Alkoholresorption oder des Alkoholabbaues bzw. der Alkoholausscheidung und damit indirekt zu einer Wirkungsänderung führen. Sie können auch direkt die psychischen Wirkungen modifizieren, entweder additiv oder potenzierend (MUELLER).
- Eine wichtige Rolle kommt dem Zeitfaktor zu. Oftmals wird es sich nicht vermeiden lassen, daß zwischen dem Zeitpunkt des Unfalls und der ärztlichen Untersuchung eine erhebliche Spanne liegt. Das äußere

Erscheinungsbild zum Zeitpunkt der Blutentnahme braucht mit dem Zustand der Tatzeit keineswegs übereinzustimmen.

- Von den meisten Autoren wird nun darauf hingewiesen, daß die Leistungseinbuße sowohl auf psychosensorischem als auch auf psychomotorischem Gebiet in der Resorptionsphase im Vergleich zur Elimination stärker ist und zwar - abgesehen von einer sich über Stunden hinziehenden geringen Alkoholaufnahme - wegen der raschen und häufig überfallartigen Wirkung auf das Zentralnervensystem, wobei die Potentialgiftwirkung des Alkohols unstreitig im Vordergrund steht. Es spricht alles dafür, daß eine ausschließliche Konzentrationsabhängigkeit des Trunkenheitsgrades nur während der Resorption vorliegt.

Der Unterschied der Rauschstärke in der Resorptions- und in der Eliminationsphase bei gleichem Alkoholspiegel ist beim Sympathikotoniker größer als beim Vagotoniker.

- Ein Unfallereignis, ein heftiger Schreck, eigene Verletzungen, polizeiliche Sistierung, Vorführung beim Arzt, Blutentnahme können eine äußerliche "Ernüchterung", eine sogenannte "Pseudo-Ernüchterung" hervorrufen: Erregung und Angst können eine plötzliche Erweiterung der Blutgefäße des Bauchraumes und Minderdurchblutung des Gehirns, also akut geringeres Angebot von Alkohol und daher Schwinden akut-alkoholischer Störungen bewirken. So kann ein Proband bei der ärztlichen Untersuchung ein völlig anderes äußerliches Bild bieten als zur Tatzeit, und der ärztliche Befund eindeutigen Zeugenbekundungen direkt widersprechen.

III. Die gesetzlichen Voraussetzungen zur Blutentnahme

Die rechtliche Grundlage der Blutentnahme stützt sich auf die §§ 81 a und 81 c StPO.

Danach ist ein Beschuldigter (§ 81 a StPO) verpflichtet, sich Blut zur Alkoholbestimmung entnehmen zu lassen. Unter Umständen müssen auch Personen, die nicht Beschuldigte sind (d.h. auch Zeugen), eine Blutentnahme dulden (81 c StPO).

Die Blutentnahme ist auch ohne Einwilligung des Beschuldigten zulässig, wenn kein Nachteil für seine Gesundheit zu befürchten ist und wenn die Untersuchung zur Feststellung von Tatsachen erforderlich erscheint, die für das Verfahren von Bedeutung sind. Sie ist von einem Arzt nach den Regeln ärztlicher Kunst durchzuführen (§ 81 a StPO).

Diese Vorschrift verstößt nicht gegen das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit, weil nach Art. 2 GG Eingriffe aufgrund eines Gesetzes ausdrücklich zugelassen sind. Die Strafprozeßordnung ist ein solches Gesetz.

Wenn ein Beschuldigter trotz Vorliegens der Voraussetzungen des § 81 a StPO seine Einwilligung zur Blutentnahme nicht gibt, so kann die Entnahme gegen seinen Willen durchgeführt werden. Die Anordnung zur Blutentnahme muß ein Richter treffen; bei Gefährdung des Untersuchungserfolges durch Verzögerung kann sie auch durch die Staatsanwaltschaft oder deren Hilfsbeamte angeordnet werden. Da diese Voraussetzungen bei Verkehrsunfällen stets gegeben sind, steht in solchen Fällen der Polizei das Recht zu, eine Blutentnahme zu veranlassen.

Für den dazu herangezogenen Arzt besteht nach allgemeiner Ansicht keine Pflicht zur Durchführung einer Blutentnahme. Eine Ausnahme bilden Polizeiärzte, Ärzte

der Gesundheitsämter und Gerichtsärzte.

Führt ein Arzt die Blutentnahme durch, so ist er auch verpflichtet, die im Zusammenhang mit der Blutentnahme vorgeschriebene körperliche Untersuchung vorzunehmen, wie er umgekehrt auch - wenn er schon untersucht - die Blutentnahme durchzuführen hat.

IV. Material und Methode

Unter 26.183 polizeilich angeordneten Blutalkohol-Untersuchungen des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München in den Jahren 1970 bis 1974 ließen sich insgesamt 1084 Personen (= 4,14 %) mit Blutalkoholwerten von 2,5 ‰ an aufwärts ermitteln. Von diesen 1084 Personen wurden 14 Personen (= 0,05 %) - wie nachstehend aufgeführt - nicht erfaßt, so daß eine Zahl von 1070 (= 4,09 %), die sich in 1028 (= 3,93 %) männliche und 42 (= 0,16 %) weibliche Personen aufgliedert, verbleibt.

Bei STEUER (1961) wurden unter 2.294 Blutalkohol-Proben, die aus dem Regierungsbezirk Südwürttemberg-Hohenzollern stammten, 6 % mit 2,5 ‰ und darüber aussortiert.

1084	Gesamtzahl in 5 Jahren von 2,5 ‰ und mehr
./.	<u>1</u> ohne Geschlechtsangabe
1083	Gesamtzahl mit Geschlechtsangabe
./.	<u>43</u> weiblich
1040	männlich
1040	männlich Gesamtzahl
/	<u>12</u> männlich ohne ärztl. Beurteilung des Trunkenheitsgrades
1028	Gesamtzahl männlich mit ärztl. Diagnose
43	Gesamtzahl der weiblichen Untersuchten
./.	<u>1</u> weiblich ohne ärztl. Beurteilung des Trunkenheitsgrades
42	Gesamtzahl weiblich mit ärztlicher Diagnose
1028	Gesamtzahl männlich mit Diagnose = 96 %
42	Gesamtzahl weiblich mit Diagnose = <u>4 %</u>
1070	Gesamtzahl männlich u. weibl. 100 %
	mit Diagnose

Es handelt sich um abgeschlossene Fälle.

Die Untersuchungen beziehen sich auf kriminelle sowie auf Verkehrsdelikte, die sich im Großraum München ereignet haben.

In allen Fällen wurde ein BAK-Durchschnittswert der 5 Analysen-Ergebnisse bestimmt, die mit Hilfe der Methoden von WIDMARK (3 Werte) und ADH bzw. GC (2 Werte) errechnet wurden.

Die untersuchenden Ärzte waren zum großen Teil hauptberuflich am Institut für Rechtsmedizin tätig.

In diesem Material sind jeweils nur die ersten und nicht die zweiten Blutproben enthalten, die vielfach zusätzlich noch bei ein und derselben Person, meist wegen eines behaupteten Nachtrunkes, entnommen und untersucht worden sind.

Zugrundegelegt ist hier nur der effektiv festgestellte und nicht der auf den Zeitpunkt des Vorfalles zurückgerechnete Blutalkoholwert. Von einer Rückrechnung wurde deshalb Abstand genommen, weil in zahlreichen Fällen der Zeitraum zwischen Trinkende und Vorfall entweder überhaupt nicht bekannt oder nur so kurz war, daß die Resorption des genossenen Alkohols noch nicht vollständig abgeschlossen sein konnte. Aufgrund dessen kann die BAK zum Zeitpunkt der Beanstandung sowohl höher als auch etwas niedriger als die festgestellte BAK gewesen sein. Für die folgenden Betrachtungen ist also nur die festgestellte Blutalkohol-Konzentration zum Zeitpunkt der Blutentnahme maßgebend.

Was die Verteilung der Geschlechter in unserem Material betrifft, so war das weibliche Geschlecht dem männlichen zahlenmäßig weit unterlegen. Unter 1070 Fällen waren

nur 42 Frauen vertreten. Da die Zahl der weiblichen Sistierten sehr gering ist, und daher keinen relevanten Aussagewert hat, wird sie bei der nachstehenden Betrachtung weggelassen.

Im Zusammenhang mit der Blutentnahme zur Alkoholbestimmung ist vom Arzt ein Protokoll anzufertigen, in dem außer dem Zeitpunkt der Blutentnahme(n) Angaben über den körperlich-neurologischen Zustand und die seelische Verfassung zu machen sind.

Im einzelnen befinden sich im Protokoll (Vorderseite des Formulars ist der Polizeibericht) Fragen nach dem Körpergewicht, der Körpergröße, der Konstitution, nach Krankheiten, Verletzungen (besonders Hirnverletzungen), Blutverlust, Schock, Erbrechen, Nystagmus, Gangunsicherheiten, Finger-Finger-Probe, Nasen-Finger-Probe, Unsicherheiten in der Kehrtwendung, Auffälligkeiten der Sprache, Koordinationsstörungen, Orientierung, Verhalten, Stimmung sowie danach, ob eine Narkose oder Transfusion durchgeführt und evtl. Medikamente eingenommen bzw. verabreicht worden sind. Zum Schluß wird vom Arzt die Verdachts-Diagnose auf Trunkenheit gestellt.

Bei der Prüfung des Drehnystagmus hat sich der Proband in 10 sec. fünfmal um die Längsachse zu drehen und einen Finger des Untersuchers in 25 cm Entfernung zu fixieren. TASCHEN bezeichnet eine Nystagmusdauer von 9-14 sec als "leicht" von 14 bis 19 sec als "mittel" und von 20 und mehr sec als "schwer".

Bei der Fülle des Materials war es sinnvoll, alle Angaben zunächst zu verschlüsseln und auf Lochkarten zu übertragen. In jede Lochkarte wurde das Ergebnis der Blutalkohol-Untersuchung, der Beruf, das Alter, das

Benehmen des Untersuchten während der Untersuchung sowie die Diagnose des Arztes eingestanzt. Die einzelnen verschlüsselten Merkmale wurden elektronisch abgerufen und bei der Auswertung miteinander in Beziehung gebracht.

Die Einstufung der Alkoholwirkung wurde nach 10 Diagnosen vorgenommen:

- Diagnose 1: Der Untersuchte scheint "nicht merkbar" unter Alkohol zu stehen
- Diagnose 1-2: Der Untersuchte scheint "nicht merkbar bis leicht" unter Alkohol zu stehen
- Diagnose 2: Der Untersuchte scheint "leicht" unter Alkohol zu stehen
- Diagnose 2-3: Der Untersuchte scheint "leicht bis deutlich" unter Alkohol zu stehen
- Diagnose 3: Der Untersuchte scheint "deutlich" betrunken zu sein
- Diagnose 3-4: Der Untersuchte scheint "deutlich bis stark" betrunken zu sein
- Diagnose 4: Der Untersuchte scheint "stark" unter Alkoholeinfluß zu stehen
- Diagnose 4-5: Der Untersuchte scheint "stark bis sehr stark" betrunken zu sein
- Diagnose 5: Der Untersuchte scheint "sehr stark" unter Alkoholeinfluß zu stehen
- Diagnose 5-6: Der Untersuchte scheint "sehr stark bis sinnlos" betrunken zu sein
- Diagnose 6: Der Untersuchte scheint "sinnlos" betrunken zu sein.

V. Ergebnisse und Diskussion

1. Häufigkeitsverteilung der Gesamtfälle auf die einzelnen Jahre

Obwohl die Alkoholdelikte in den Jahren 1970 bis 1974 von Jahr zu Jahr zunahmen - wie Tabelle 1 zeigt - wird die Anzahl der festgenommenen Täter ab 2,5 ‰ kleiner: Nimmt man die Jahre 70 und 71 zusammen und errechnet man den mittleren Prozentsatz der Zuwachsrates, so erhält man 5,1 %, während der mittlere Prozentsatz für die Jahre 72, 73 und 74 auf 3,5 % lautet. Daraus ersieht man, daß die letzten 3 Jahre um rund ein Drittel weniger hohe Alkohol-Delikte aufweisen als die Jahre 1970 und 1971.

Tabelle 1

Jahrgang	Anzahl der Fälle	Zahl der 2,5 ‰ u. darüber	
		absolut	in %
1970	4 722	262	5,6
1971	4.891	229	4,7
1972	5.265	184	3,5
1973	5.390	199	3,7
1974	5.915	210	3,6
insges	26.183	1.084	

2. Häufigkeitsverteilung der Promillegruppen

Bei Aufschlüsselung der Blutalkoholwerte in Intervalle von 0,1 ‰ nahm die Häufigkeit der Fälle von 2,5 bis 3,69 Promille nicht linear ab. In der Promillegruppe 3,9 bis 3,99 ‰ liegt noch ein Einzelwert (Abb. 1). Die meisten Blutalkoholwerte (rund 89 %) sind in den Promillegruppen zwischen 2,5 und 2,99 ‰; und davon wieder die Mehrzahl, nämlich 68 % zwischen 2,5 und 2,79 ‰.

Blutalkoholkonzentrationen über 3 Promille entsprechen 11 % von allen Delikten ab 2,5 ‰ und 0,45 % von den gesamten Blutalkohol-Untersuchungen in dem genannten Zeitraum. Tabelle 2 zeigt, wie diese sich verteilen.

Über die tödlichen Blutalkoholkonzentrationen zeigt das Schrifttum widersprechende Angaben. Sie sollen beim Erwachsenen zwischen 3,5 und 6 ‰ liegen (LINCK, MUELLER). Nach Beobachtungen von MALLACH und RÜSELER an tödlichen Alkoholvergiftungsfällen zeigten sich durchschnittliche BA-Werte zwischen 3,9 und 4,2 Promille. Es wurden auch schon Fälle bei etwa 3,0 ‰ beobachtet (KAYE und HAAG, LINCK).

Betrachtet man nun unter diesen Gesichtspunkten die 6 Fälle über 3,5 Promille, so muß man zu der Feststellung gelangen, daß diese vorliegenden BAK'en schon praktisch im Bereich der eventuellen tödlichen Alkoholvergiftung liegen.

Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung der Promillegruppen

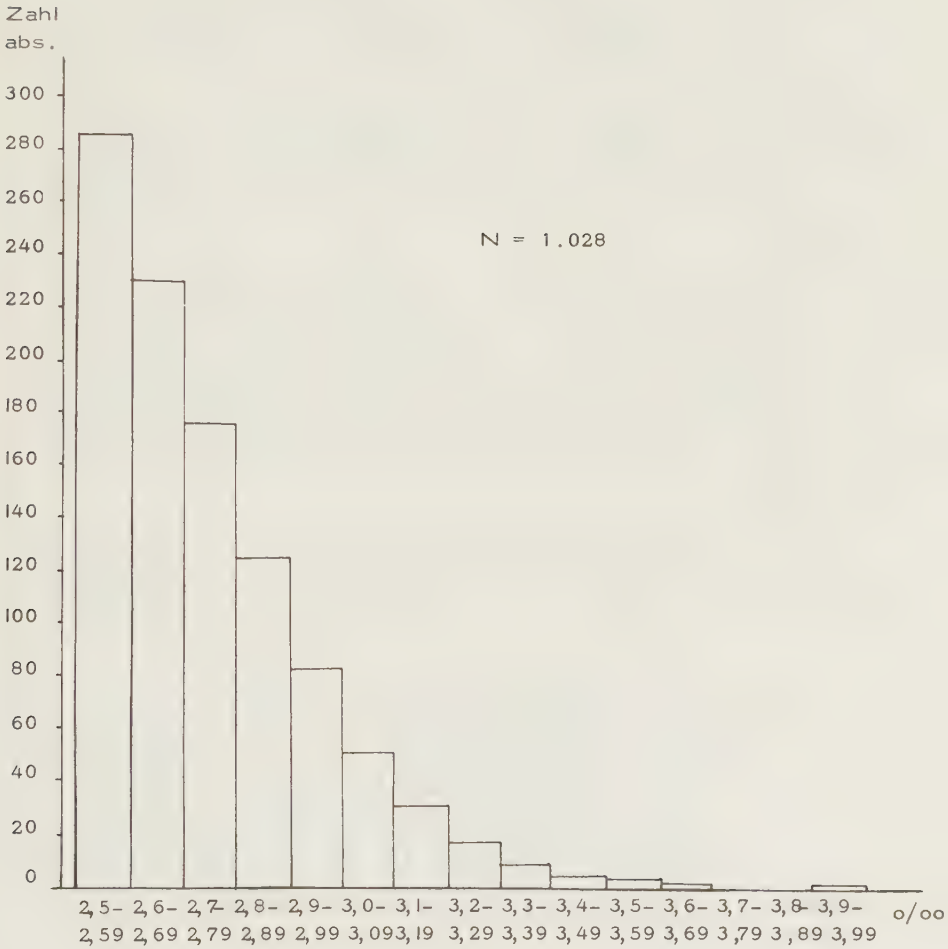


Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Promillegruppen

Promille	Zahl absolut	%
2,5 - 2,59	289	28,5
2,6 - 2,69	232	22,5
2,7 - 2,79	177	17,2
2,8 - 2,89	127	12,3
2,9 - 2,99	84	8,1
3,0 - 3,09	51	4,9
3,1 - 3,19	31	3,0
3,2 - 3,29	17	1,6
3,3 - 3,39	10	0,9
3,4 - 3,49	4	0,4
3,5 - 3,59	3	0,3
3,6 - 3,69	2	0,2
3,7 - 3,79	-	-
3,8 - 3,89	-	-
3,9 - 3,99	1	0,1
total	1.028	100

3. Inwieweit stimmen die Diagnosen mit dem tatsächlichen Trunkenheitsgrad überein?

Die Häufigkeitsverteilung der Diagnosegrade entspricht der Gauß'schen Verteilung (Abb. 2).

Den größten Anteil aller Diagnosen stellt in dieser Untersuchung die Diagnose "deutlich betrunken" dar.

Die Diagnose "nicht merkbar betrunken" erhielten 19 Personen = 1,85 % und bei 3,5 % (= 36 Personen) lautete der Befund auf "nicht merkbar bis leicht unter Alkohol stehend".

Bei STEUER waren den Ärzten 3 % der Untersuchten mit einem Promillegehalt von über 2,0 ‰ als "nicht merkbar unter Alkohol stehend" erschienen. Dieser Prozentsatz liegt etwas höher als die von PAULY (1943) und PONSOLD (1957) angegebenen Werte. Bei den Untersuchungen von LAVES zeigten sich noch 5 % als "nicht beeinflusst".

STEUER hatte bei Werten über 2,5 ‰ noch 15 % als "leicht unter Alkohol stehend" beurteilt, während bei unserem Untersuchungsgut der Prozentsatz bei gleicher Beurteilung auf 12 % liegt.

Bei 2,5 ‰ Alkohol im Blut möchte man meinen, daß die Beurteilung des Trunkenheitsgrades mindestens auf "deutlich bis stark angetrunken" und schlechter lautet. Eine Diagnose, die dem der gemessenen BAK zu erwartenden Verhaltensbild entspricht, findet sich in 38 % der Fälle. Das heißt, daß 62 % als "zu gut" diagnostiziert wurden (Siehe Tabelle 3).

Tabelle 3

Verteilung der Gesamtfälle auf die einzelnen Diagnosen

DIAG- NOSE:	1	1-2	2	2-3	3	3-4	4	4-5	5	5-6	6
Zahl	19	36	124	128	328	115	182	31	56	3	6
%	1,8	3,5	12,0	12,5	31,9	11,2	17,7	3,0	5,5	0,3	0,6

Abb. 2: Prozentuale Verteilung der Gesamtfälle auf die einzelnen Diagnosen

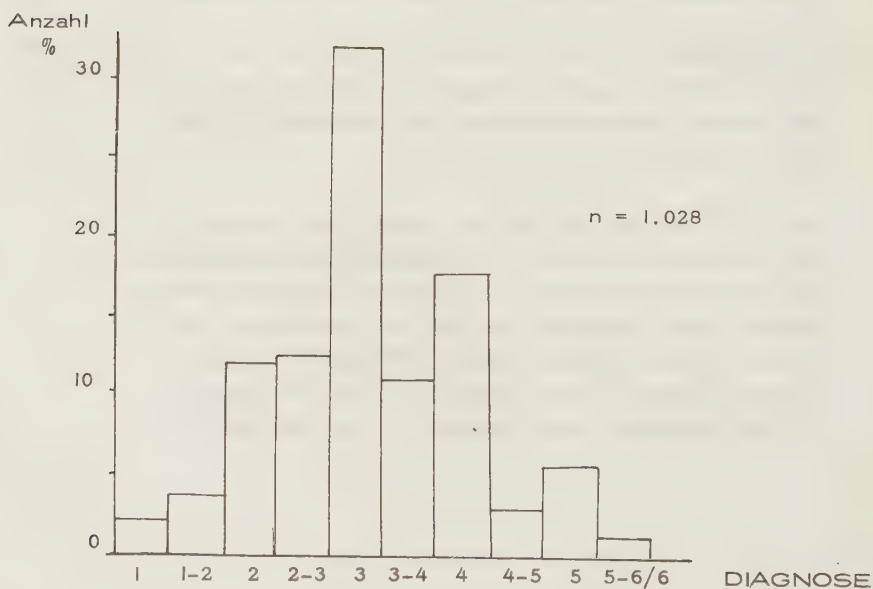


Tabelle 4 gibt Auskunft über die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Diagnosen auf Promillegruppen. Die Blutalkoholwerte der "Nicht-merkbar-Betrunkenen" liegen in den gleichen Promillegruppen - von einer Ausnahme abgesehen - wie die der "Sehr-stark- und-Sinnlos-Betrunkenen".

Heißt es im ärztlichen Untersuchungsbefund "nicht merkbar beeinflusst", obgleich eine relevante BAK vorliegt, so ist die Beeinflussung nicht erkannt worden oder nicht in Erscheinung getreten. Hierdurch kann die Relevanz einer BAK nicht ausgeräumt werden. Der Schreck infolge eines Unfalles oder eines Angehaltenwerdens kann zu einer scheinbaren Ernüchterung führen.

Zudem empfindet sich der Untersuchte während der ärztlichen Untersuchung als Prüfling ganz anders als zur Zeit der Tat. Ein negativer ärztlicher Befund ist also bedeutungslos. Ein positiver wiegt dagegen schwer. Denn ist eine geringe BAK ermittelt und werden beträchtliche Ausfälle festgestellt, dann kann dies eine geringe Alkoholverträglichkeit bedeuten.

Tabelle 4

n = 1.028

Häufigkeitsverteilung der einzelnen Diagnosen auf Promillegruppen

DIAGNOSE	PROMILLE														
1	2,5- 2,59	2,6- 2,69	2,7- 2,79	2,8- 2,89	2,9- 2,99	3,0- 3,09	3,1- 3,19	3,2- 3,29	3,3- 3,39	3,4- 3,49	3,5- 3,59	3,6- 3,69	3,7- 3,79	3,8- 3,89	3,9- 3,99
1-2	8	4	2	1	-	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-
2	8	7	10	6	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
2-3	31	34	25	16	9	4	3	-	-	2	-	-	-	-	-
3	46	28	18	17	8	7	2	1	1	-	-	-	-	-	-
3-4	94	74	57	37	33	10	11	7	2	-	2	-	-	-	1
4	32	26	17	19	9	7	3	2	-	-	-	-	-	-	-
4-5	47	39	30	22	13	12	8	4	3	2	1	1	-	-	-
5	7	4	5	4	3	3	1	2	1	-	-	1	-	-	-
5-6 u. 6	14	13	11	4	7	2	2	1	2	-	-	-	-	-	-
	2	3	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
abs. Zahl	289	232	177	127	84	51	31	17	10	4	3	2	-	-	1
%	28,5	22,5	17,2	12,3	8,1	4,9	3,-	1,6	0,9	0,4	0,3	0,2	-	-	0,1

4. Wie spiegeln sich die einzelnen Trunkenheits-Merkmale in der Gesamtdiagnose wider?

Diese Untersuchung soll aufklären, durch welche Beobachtungen bzw. Umstände der untersuchende Arzt die Diagnose des Trunkenheitsgrades bestimmt bzw. mitbestimmt.

Die Auswertung der Einzelsymptomergebnisse erfolgt unter Zugrundelegung der Bezeichnung "Befund negativ" d.h. ein von Alkohol nicht beeinflusster Befund und "Befund positiv" dies bedeutet, daß eine alkoholische Beeinflussung durch die klinische Untersuchung festgestellt wurde.

Die Tabellen 5 bis 11 zeigen die Verteilung der Befunde auf Promillegehalt bei den einzelnen Diagnosen.

Die Abbildungen 3 bis 12 spiegeln die Häufigkeitsverteilungen der Befunde auf die einzelnen Gesamt-Diagnosen wider. Die dazugehörigen Zahlen findet man in der Tabelle 12.

Wie nicht anders zu erwarten, wird die Diagnose mit der Breite der Funktionsstörungen schlechter.

Die Graphiken 3 bis 12 sind so deutlich, daß sie keiner weiteren Erläuterung mehr bedürfen.

Sie lassen erkennen, wie unterschiedlich das Ausmaß beobachtbarer Störungen bei gleicher Diagnose sein kann. Vergleicht man z.B. die Diagnosen "nicht merkbar" mit "nicht merkbar bis leicht betrunken", so fällt auf, daß bei der Diagnose "nicht merkbar betrunken" der Gang, die Kehrtwendung, die Sprache und der Denkablauf zu 100 % negative Befunde zeigen; während bei der Diagnose "nicht merkbar bis leicht betrunken" in jedem Befund Ausfälle, wenn auch zum Teil geringe, zu verzeichnen sind.

Bei den Diagnosen "sehr stark bis sinnlos" und "sinnlos betrunken" wurde der Drehnystagmus überhaupt nicht mehr geprüft und die Gang-, Kehrtwendungs-, Nasen-Finger- und Finger-Finger-Befunde fielen zu 100% positiv aus.

In den Abbildungen 13 bis 22 sind die positiven und die negativen Befunde bei den einzelnen Untersuchungsmerkmalen in Beziehung zur Diagnose dargestellt.

Diese Graphiken sind ebenfalls sehr deutlich, aber man kann nicht auf Anhieb sagen, welches der 10 Merkmale ein sichereres Zeichen für die Trunkenheit darstellt als ein anderes.

Deshalb wurde der Quotient der

$$\frac{\text{positiven Befunde}}{\text{positiven Befunde}} > \text{Diagnose } 3$$

$$\frac{\text{positiven Befunde}}{\text{positiven Befunde}} < \text{Diagnose } 3$$

errechnet und eine Rangliste aufgestellt, die die unterschiedliche Wertigkeit der einzelnen positiven Befunde wiedergibt.

Einzelbefunde	Quotient	%
Drehnystagmus	1,05	51
Kehrtwendung	1,77	64
Finger-Finger	2,11	68
Gang	2,42	71
Stimmung	2,50	71
Denkablauf	2,52	72
Nasen-Finger	2,58	72
Verhalten	2,70	73
Sprache	3,34	77
Bewußtsein	5,61	85

Je größer der Quotient, als desto sichereres Zeichen für Trunkenheit wird dieser Befund angenommen.

Die Prozentzahl gibt die Häufigkeit eines positiven Befundes in den Diagnosen schlechter als "deutlich betrunken" an.

Z.B. bei der unsicheren Kehrtwendung wurde in 64 % der Fälle eine Diagnose über 3 gestellt und bei allen unsicheren Gängen fallen 71 % in die Diagnose über 3.

Drehnystagmus:

Der Aussagewert dieses Trunkenheitsmerkmals ist gleich null; denn in den "geringgradigen" wie in den "schwergradigen" Beurteilungen sind die positiven Befunde gleich stark vertreten. Dies kann man deutlich auch aus Abbildung 18 lesen. Dieses Ergebnis kann aber auch dadurch verursacht worden sein, daß in unserem Untersuchungsmaterial diese Probe selten durchgeführt wurde.

Kehrtwendung und Finger-Finger-Probe:

Diese Quotienten sind niedrig, was bedeutet, daß die Ärzte sich nicht durch positive Untersuchungs-Ergebnisse von guten Beurteilungen abbringen ließen.

Gang, Stimmung, Denkablauf, Nasen-Finger-Probe:

Diese Quotienten liegen im Mittelbereich.

Verhalten, Sprache, Bewußtsein:

Mit ihren hohen Quotienten erringen diese Symptome die verlässlichste Bewertungsmöglichkeit.

Zum Beispiel wurde bei gestörtem Bewußtsein in 85 % der Fälle der Berausungsgrad mit schlechter als "deutlich betrunken" bezeichnet.

Die Autoren HEIFER und DUCHO haben sich mit der relativen Wertigkeit der einzelnen Trunkenheitssymptome ebenfalls beschäftigt und für die Befunde eine Rangordnung aufgestellt.

Wertigkeit der Einzelmerkmale bei positivem Ergebnis

a) nach HEIFER

Probe	relative Wertigkeit
Romberg	1
Stimmung	2
Fingerprobe	7
Drehen	9
Benehmen	9
Pupillenreaktion	12
Gang	13
Urteilsvermögen	15
Pupillenweite	16
Sprache	40
Orientierung	56

b) nach DUCHO

Pupillengröße	1,14
Pupillenreaktion	1,21
Nystagmus	1,28
Romberg	1,30
Fingerprobe	1,60
Kehrtwendung	1,99
Gang	2,15
Sprache	4,10

Die Rangordnung der Symptome in den beiden Untersuchungen gehen zum Teil stark auseinander.

Die Pupillenreaktionen und der Romberg-Versuch werden in unseren Protokollen nicht mehr verlangt.

Bemerkenswert ist, daß unsere Ergebnisse mit denen von HEIFER ziemlich gut übereinstimmen. Bei HEIFER wie bei unseren Untersuchungen tritt die Beurteilung der Sprache und der Orientierung bzw. des Bewußtseins deutlich in ihrer Signifikanz für die Trunkenheits-Diagnose hervor.

Untersuchungen über die Wertigkeit der Einzelmerkmale haben nur allgemeines, theoretisches Interesse; sie vermitteln eine Information, die als Hintergrundwissen wertvoll ist, während im Einzelfall doch zu viele Faktoren eine Rolle spielen.

Tabelle 5

Verteilung der Befunde auf Promillegehalt bei Diagnose: "nicht merkbar betrunken"

Promille	2,5- 2,59	2,6- 2,69	2,7- 2,79	2,8- 2,89	2,9- 2,99	3,0- 3,09	3,1- 3,19	3,2- 3,29	3,3- 3,39	Total
absolute Zahl	8	4	2	1	-	3	-	-	1	19
%	42	21	11	5	-	16	-	-	5	100
Gang:										ohne Angabe
sicher	7	4	2	1	-	3	-	-	1	1
unsicher	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kehrt- wendg:										
sicher	6	3	2	1	-	3	-	-	1	3
unsicher	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nasen- Finger:										
sicher	6	3	-	1	-	2	-	-	1	4
unsicher	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Finger- Finger:										
sicher	5	3	-	1	-	2	-	-	1	3
unsicher	2	-	1	-	-	1	-	-	-	-
Spra- che:										
deutlich	7	4	2	1	-	3	-	-	1	1
verwaschen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
lallend	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Dreh-	05-09 "	-	1	-	-	-	-	1	14
nystag-	10-14 "	1	-	-	-	-	-	-	
mus:	15-20 "	1	-	-	-	-	-	-	
Bewußt-	klar	7	3	2	1	3	-	1	1
sein:	benennen	-	1	-	-	-	-	-	
	gestört	-	-	-	-	-	-	-	
Denk-	Geordnet	7	3	2	1	3	-	1	2
ablauf:	sprunghaft	-	-	-	-	-	-	-	
	persever.	-	-	-	-	-	-	-	
	verworren	-	-	-	-	-	-	-	
Verhal-	beherrscht	6	4	2	-	3	-	1	1
ten:	redselig	-	-	-	1	-	-	-	
	distanzlos	-	-	-	-	-	-	-	
	abweisend	-	-	-	-	-	-	-	
	herausford.	-	-	-	-	-	-	-	
	aggressiv	1	-	-	-	-	-	-	
Stim-	unauffällig	6	4	2	1	2	-	1	2
mung:	depressiv	-	-	-	-	-	-	-	
	stumpf	-	-	-	-	-	-	-	
	gereizt	1	-	-	-	-	-	-	

Tabelle 6

Verteilung der Befunde auf Promillegehalt bei Diagnose: "nicht merkbar bis leicht betrunken"

Promille	2,5- 2,59	2,6- 2,69	2,7- 2,79	2,8- 2,89	2,9- 2,99	3,0- 3,09	3,1- 3,19	Total
absolute Zahl	8	7	10	6	2	2	1	36
%	22	20	28	17	5	5	3	100
								ohne Angabe
Gang: sicher	3	5	7	5	-	1	1	2
unsicher	3	2	3	1	2	1	-	
Kehrt- sicher	3	3	4	2	-	1	1	7
wend: unsicher	3	1	5	3	2	1	-	
Nasen- sicher	2	5	5	3	1	1	-	17
Finger: unsicher	-	-	-	1	1	-	-	
Finger- sicher	1	5	5	3	1	1	-	16
Finger: unsicher	1	-	1	1	1	-	-	
Spra- deutlich	5	7	9	4	1	1	1	
che: verwaschen	2	-	1	1	1	1	-	
lallend	1	-	-	1	-	-	-	

Dreh-	05-09 "	-	-	-	1	-	-	-	-	31
nystag-	10-14 "	1	1	1	-	1	-	-	-	
mus:	15-19 "	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bewußt-	klar	7	7	9	5	2	2	1	1	
sein:	benommen	-	-	1	1	-	-	-	-	
	gestört	-	-	-	-	-	-	-	-	
Denk-	geordnet	7	7	10	3	2	2	1	1	
ablauf:	sprunghaft	-	-	-	3	-	-	-	-	
	persever.	1	-	-	-	-	-	-	-	
Verhal-	beherrscht	7	5	9	5	1	2	1	1	
ten:	redselig	1	1	-	-	-	-	-	-	
	distanzlos	-	-	-	1	-	-	-	-	
	abweisend	-	-	1	-	-	-	-	-	
	herausford.	-	-	-	-	1	-	-	-	
	aggressiv	-	-	-	-	-	-	-	-	
Stim-	unauffällig	4	6	7	3	-	1	-	-	
mung:	depressiv	-	-	1	-	-	-	-	-	
	stumpf	1	-	2	3	1	1	1	1	
	gereizt	2	1	-	-	1	-	-	-	
	euphorisch	1	-	-	-	-	-	-	-	

Verteilung der Befunde auf Promillegehalt bei Diagnose: "leicht betrunken"

Promille	2,5-	2,6-	2,7-	2,8-	2,9-	3,0-	3,1-	3,2-	3,3-	3,4-	Total
	2,59	2,69	2,79	2,89	2,99	3,09	3,19	3,29	3,39	3,49	
absolute Zahl	31	34	25	16	9	4	3	-	-	2	124
%	25	28	20	13	7	3	2	-	-	2	100
Gang:											ohne
sicher	22	18	15	14	4	2	1	-	-	-	Angabe
unsicher	6	15	6	1	4	2	2	-	-	1	11
Kehrt-											
sicher	13	12	8	8	2	1	-	-	-	-	29
wendg:	11	15	11	6	4	-	2	-	-	2	
Nasen-											
sicher	18	17	9	11	3	4	1	-	-	1	34
Finger:	7	6	4	3	4	-	1	-	-	1	
Finger-											
sicher	17	11	4	9	2	3	-	-	-	2	30
Finger:	9	14	10	5	5	1	2	-	-	-	
Spra-											
deutlich	25	25	16	13	8	3	2	-	-	2	4
che:	4	8	8	3	1	1	1	-	-	-	
verwaschen											
lallend	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Tabelle 8

Verteilung der Befunde auf Promillegehalt bei Diagnose: "leicht bis deutlich betrunken"

Promille	2,5- 2,59	2,6- 2,69	2,7- 2,79	2,8- 2,89	2,9- 2,99	3,0- 3,09	3,1- 3,19	3,2- 3,29	3,3- 3,39	Total
absolute Zahl	46	28	18	17	8	7	2	1	1	128
%	34	22	14	13	6	6	3	1	1	100
										ohne
Gang: sicher	24	7	6	8	2	2	-	-	-	Angabe
unsicher	18	17	7	9	4	2	1	-	-	21
Kehrt- wendg: sicher	10	5	3	4	2	-	-	-	-	33
unsicher	28	18	9	8	3	4	1	-	-	
Nasen- Finger: sicher	13	11	5	8	3	2	1	-	-	50
unsicher	15	6	2	6	2	2	-	1	1	
Finger- Finger: sicher	18	11	6	7	2	2	1	-	-	41
unsicher	13	8	4	7	3	3	-	1	1	
Spra- che: deutlich	37	21	13	12	6	3	1	1	2	2
verwaschen	7	6	5	5	2	4	-	-	-	
lallend	-	1	-	-	-	-	-	-	-	

Dreh-	05-09 "	6	2	1	2	-	1	-	-	-	99
nystag-	10-19 "	5	4	3	1	-	-	-	-	-	
mus:	20-29 "	-	1	1	-	1	-	-	-	-	
	30-49 "	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bewußt-	klar	37	24	14	13	6	5	2	1	1	8
sein:	benommen	4	3	3	2	1	1	-	-	-	
	gestört	2	-	-	1	-	-	-	-	-	
Denk-	geordnet	30	20	12	12	4	2	1	1	1	9
ablauf:	sprunghaft	9	5	3	3	2	1	-	-	-	
	persever.	3	2	2	1	2	-	-	-	-	
	verworren	1	-	-	-	1	1	-	-	-	
Verhal-	beherrscht	26	14	9	12	2	2	2	1	1	8
ten:	redselig	6	4	2	2	3	2	-	-	-	
	distanzlos	2	2	2	-	1	-	-	-	-	
	abweisend	8	4	3	1	1	1	-	-	-	
	herausford.	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
	aggressiv	1	2	-	1	1	1	-	-	-	
Stim-	unauffäll.	25	14	9	9	3	4	2	-	1	7
mung:	depressiv	3	2	-	3	-	1	-	1	-	
	stumpf	5	4	-	1	1	-	-	-	-	
	gereizt	9	4	-	5	3	1	1	-	-	
	euphorisch	3	3	-	1	3	-	-	-	-	

Tabelle 9

Verteilung der Befunde auf Promillegehalt bei Diagnose: "stark bis sehr stark betrunken"

Promille	2,5- 2,59	2,6- 2,69	2,7- 2,79	2,8- 2,89	2,9- 2,99	3,0- 3,09	3,1- 3,19	3,2- 3,29	3,3- 3,39	3,4- 3,49	3,5- 3,59	3,6- 3,69	Total
absolute Zahl	7	4	5	4	3	3	1	2	1	-	-	1	31
%	23	13	16	13	10	10	3	6	3	-	-	3	100
Gang: sicher	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	ohne Angabe
unsicher	7	4	5	2	3	2	1	2	1	-	-	1	2
Kehrt- wendg: sicher	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	11
unsicher	4	3	4	2	1	1	1	1	1	-	-	1	34
Nasen- Finger: sicher	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	20
unsicher	2	1	2	-	1	1	-	2	-	-	-	1	18
Finger- Finger: sicher	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
unsicher	3	3	2	-	1	1	-	1	-	-	-	1	18
Spra- che: deutlich	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
verwaschen	3	3	5	3	1	2	-	2	1	-	-	-	2
lallend	1	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	1	1

Tabelle 10

Verteilung der Befunde auf Promillegehalt bei Diagnose: "sehr stark betrunken"

Promille	2,5- 2,59	2,6- 2,69	2,7- 2,79	2,8- 2,89	2,9- 2,99	3,0- 3,09	3,1- 3,19	3,2- 3,29	3,3- 3,39	Total
absolute Zahl	14	13	11	4	7	2	2	1	2	56
%	25	23	19	7	12	4	4	2	4	100
										ohne Angabe
Gang: sicher	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
unsicher	11	11	9	4	6	2	2	1	2	
Kehrt- sicher	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
wendg: unsicher	10	7	7	4	5	2	1	1	2	
Nasen- sicher	2	1	-	-	-	-	-	-	-	28
Finger: unsicher	5	6	5	3	1	1	2	1	1	
Finger- sicher	1	-	-	1	-	-	-	-	-	24
Finger: unsicher	7	8	6	2	2	1	2	1	1	
Spra- deutlich	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
che: verwaschen	9	7	4	3	3	1	2	-	-	
lallend	5	5	6	1	4	-	-	1	2	

Dreh-	05-09 "	-	1	-	-	-	-	-	-	45
nystag-	10-19 "	1	-	-	-	-	1	-	-	
mus:	20-29 "	-	2	1	2	-	-	1	-	
Bewußt-	klar	5	1	-	1	1	-	-	-	3
sein:	benommen	7	5	3	5	1	2	1	-	
	gestört	1	3	1	1	-	-	-	2	
	bewußtlos	-	1	-	-	-	-	-	-	
Denk-	geordnet	1	1	1	-	-	-	-	-	8
ablauf:	sprunghaft	5	3	-	3	1	-	-	-	
	persever.	2	3	-	-	1	2	-	-	
	verworren	5	5	2	3	-	-	1	1	
Verhal-	beherrscht	2	1	-	-	-	-	-	-	9
ten:	redselig	4	4	2	2	-	2	-	-	
	distanzlos	3	1	1	1	2	-	-	-	
	abweisend	1	2	-	1	-	-	1	1	
	herausford.	-	2	-	-	-	-	-	-	
	aggressiv	2	1	1	1	-	-	-	-	
Stim-	unauffällig	1	1	1	1	-	-	-	-	6
mung:	depressiv	1	1	-	-	-	-	-	1	
	stumpf	5	4	2	2	-	2	1	1	
	gereizt	5	2	1	2	2	-	-	-	
	euphorisch	-	-	1	-	-	-	-	-	

Verteilung der Befunde auf Promillegehalt bei Diagnosen: "sehr stark bis sinnlos u. sinnlos betrunken"

Promille	2,5-	2,6-	2,7-	2,8-	2,9-	3,0-	Total
	2,59	2,69	2,79	2,89	2,99	3,09	
absolute Zahl	2	3	2	1	-	1	9
%	22	34	22	11	-	11	100
							ohne
							Angabe
Gang: sicher	-	-	-	-	-	-	4
unsicher	1	2	1	-	-	1	
Kehrt- sicher	-	-	-	-	-	-	5
wendg: unsicher	1	1	1	-	-	1	
Nasen- sicher	-	-	-	-	-	-	8
Finger: unsicher	-	-	-	-	-	1	
Finger- sicher	-	-	-	-	-	-	7
Finger: unsicher	1	-	-	-	-	1	
Spra- deutlich	-	-	-	-	-	-	3
che: verwaschen	1	-	-	-	-	-	
lallend	1	2	1	-	-	1	

Häufigkeitsverteilung der Befunde auf die einzelnen Diagnosen

Tabelle 12
n = 1.028

DIAGNOSE:	1	1-2	2	2-3	3	3-4	4	4-5	5	5-6 u. 6
Gang: sicher	18	22	76	49	70	20	5	1	-	- Anzahl
	100	65	67	46	26	19	3	3	-	%
unsicher	-	12	37	58	204	84	156	28	48	5 Anzahl
	-	35	33	54	74	81	97	97	100	%
ohne Angabe	1	2	11	21	54	11	21	2	8	4 Anzahl
Kehrt- sicher	16	14	44	24	22	10	3	1	-	- Anzahl
	100	48	46	25	9	11	2	5	-	%
wendung:unsicher	-	15	51	71	218	79	130	19	39	4 Anzahl
	-	52	54	75	91	89	98	95	100	%
ohne Angabe	3	7	29	33	88	26	49	11	17	5 Anzahl
Nasen- sicher	13	17	64	43	64	21	13	1	3	- Anzahl
	87	89	71	55	28	32	10	9	11	%
Finger: unsicher	2	2	26	35	161	44	113	10	25	1 Anzahl
	13	11	29	45	72	68	90	91	89	100 %
ohne Angabe	4	17	34	50	103	50	56	20	28	8 Anzahl

Finger- sicher	12	16	48	47	52	16	8	1	2	-	Anzahl
	75	80	51	54	23	22	6	8	6	-	%
Finger: unsicher	4	4	46	40	179	56	122	12	30	2	Anzahl
	25	20	49	46	77	78	94	92	94	100	%
ohne Angabe	3	16	30	41	97	43	52	18	24	7	Anzahl
Spra- deutlich	18	28	94	96	117	36	24	4	1	-	Anzahl
	100	78	78	75	38	33	13	14	2	-	%
che: verwaschen	-	6	26	31	186	68	129	20	29	1	Anzahl
	-	17	22	24	59	62	73	69	54	17	%
Spra- lallend	-	2	-	1	10	5	25	5	24	5	Anzahl
che:	-	5	-	1	3	5	14	17	44	83	%
ohne Angabe	1	-	4	-	15	6	4	2	2	3	Anzahl
Dreh- 05-09 "	2	4	26	19	42	20	13	3	3	-	Anzahl
	40	80	60	66	37	51	21	75	25	-	%
nystag- 10-19 "	3	1	12	6	55	13	39	1	7	-	Anzahl
	60	20	27	21	49	33	62	25	58	-	%
mus: 20-29 "	-	-	4	3	15	5	8	-	2	-	Anzahl
	-	-	9	10	13	13	13	-	17	-	%

DIAGNOSE:	1	1-2	2	2-3	3	3-4	4	4-5	5	5-6 u. 6	
30-39 "	-	-	1	-	1	1	2	-	-	-	Anzahl
	-	-	2	-	1	3	3	-	-	-	%
40-49 "	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	Anzahl
	-	-	2	3	-	-	1	-	-	-	%
ohne Angabe	14	31	80	99	215	76	119	27	44	9	Anzahl
Bewußt- klar	17	33	112	103	209	56	56	5	10	-	Anzahl
	94	94	92	86	67	54	33	18	19	-	%
sein: benommen	1	2	5	14	86	46	100	19	31	2	Anzahl
	6	6	4	12	28	44	57	68	58	29	%
gestört	-	-	4	3	16	2	18	3	11	4	Anzahl
	-	-	3	2	5	2	10	11	21	57	%
bewußtlos	-	-	1	-	1	-	-	1	1	1	Anzahl
	-	-	1	-	-	-	-	3	2	14	%
ohne Angabe	1	1	2	8	16	11	8	3	3	2	Anzahl
Denk- geordnet	17	32	99	83	134	44	26	3	4	-	Anzahl
	100	89	84	70	46	42	16	12	8	-	%

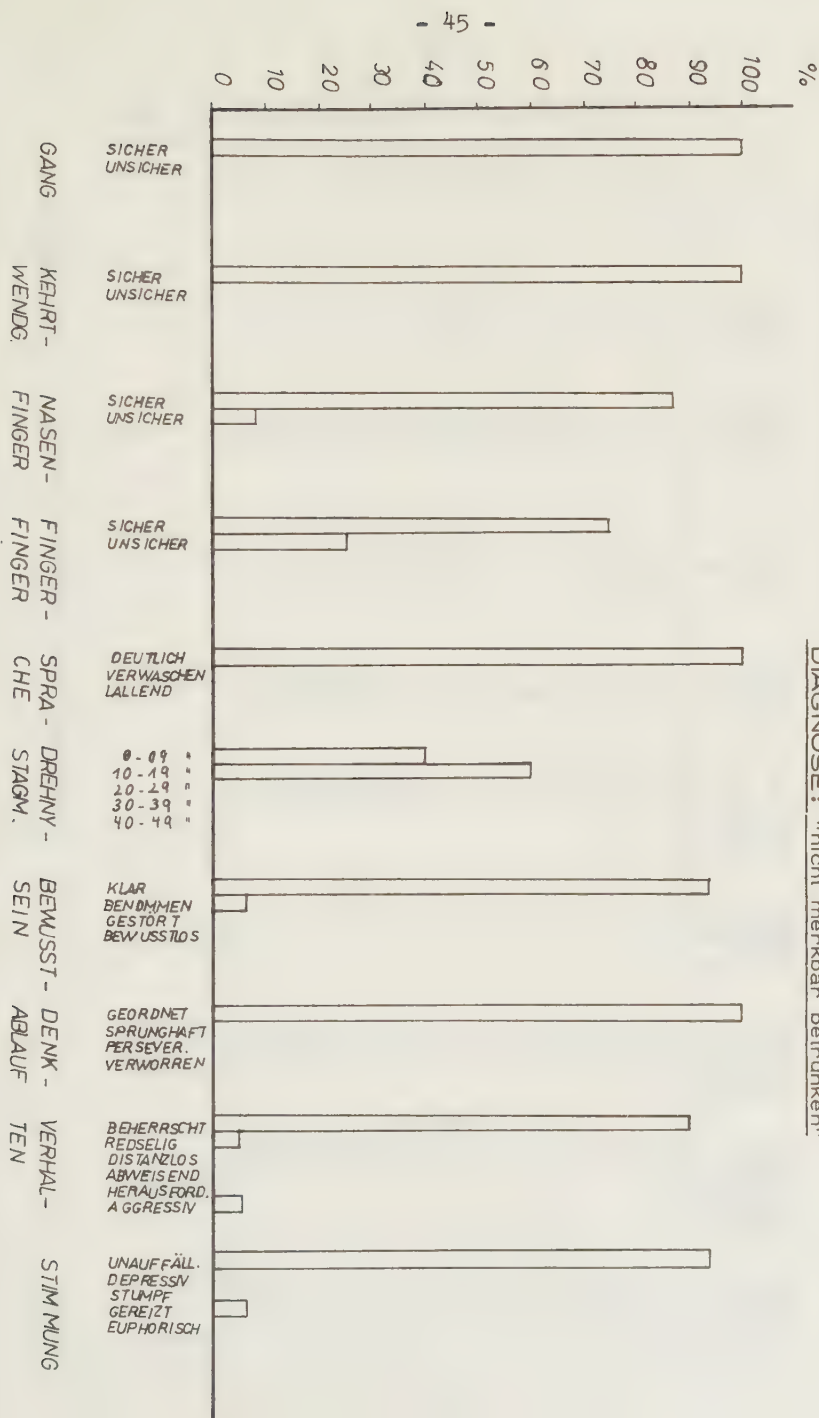
ablauf: sprunghaft	-	3	14	23	99	36	78	7	15	-	Anzahl
	-	8	12	19	34	34	49	28	31	-	%
	-	1	5	10	30	13	24	7	8	2	Anzahl
	-	3	4	8	10	13	15	28	17	33	%
persever.	-	-	-	3	30	12	32	8	21	4	Anzahl
	-	-	-	3	10	11	20	32	44	67	%
	2	-	6	9	35	10	22	6	8	3	Anzahl
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stim- unauffällig	16	21	97	67	148	46	50	4	5	-	Anzahl
	94	58	80	56	50	43	28	14	10	-	%
	-	1	5	10	15	5	17	2	4	-	Anzahl
	-	3	4	8	5	5	10	7	8	-	%
depressiv	-	9	5	11	52	17	42	11	21	2	Anzahl
	-	25	4	9	17	16	24	39	42	33	%
	1	4	15	23	76	31	57	10	18	3	Anzahl
	6	11	12	19	25	29	33	36	36	50	%
gereizt	-	1	-	10	9	7	8	1	2	1	Anzahl
	-	3	-	8	3	7	5	4	4	17	%
	2	-	2	7	28	9	8	3	6	3	Anzahl
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
euphorisch	-	1	-	10	9	7	8	1	2	1	Anzahl
	-	3	-	8	3	7	5	4	4	17	%
	2	-	2	7	28	9	8	3	6	3	Anzahl
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ohne Angabe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DIAGNOSE:

	1	1-2	2	2-3	3	3-4	4	4-5	5	5-6 u. 6	
Verhal- beherrscht	16	30	88	69	117	40	32	6	3	-	Anzahl
ten:	90	86	74	58	38	38	19	21	7	-	%
redselig	1	2	17	22	90	36	53	9	16	-	Anzahl
	5	5	14	18	29	32	32	30	34	-	%
distanzlos	-	1	1	7	34	8	33	6	10	2	Anzahl
	-	3	1	6	10	7	20	21	21	33	%
abweisend	-	1	5	16	41	11	24	4	8	1	Anzahl
	-	3	4	13	13	9	14	14	17	17	%
herausford.	-	1	4	1	14	6	9	-	2	-	Anzahl
	-	3	3	1	5	5	5	-	4	-	%
aggressiv	1	-	5	5	16	11	17	4	8	3	Anzahl
	5	-	4	4	5	9	10	14	17	50	%
ohne Angabe	1	1	4	8	16	3	14	2	9	3	Anzahl

1
14
1

DIAGNOSE: "nicht merkbar betrunken"



DIAGNOSE: "nicht merkbar bis | leicht" betrunken

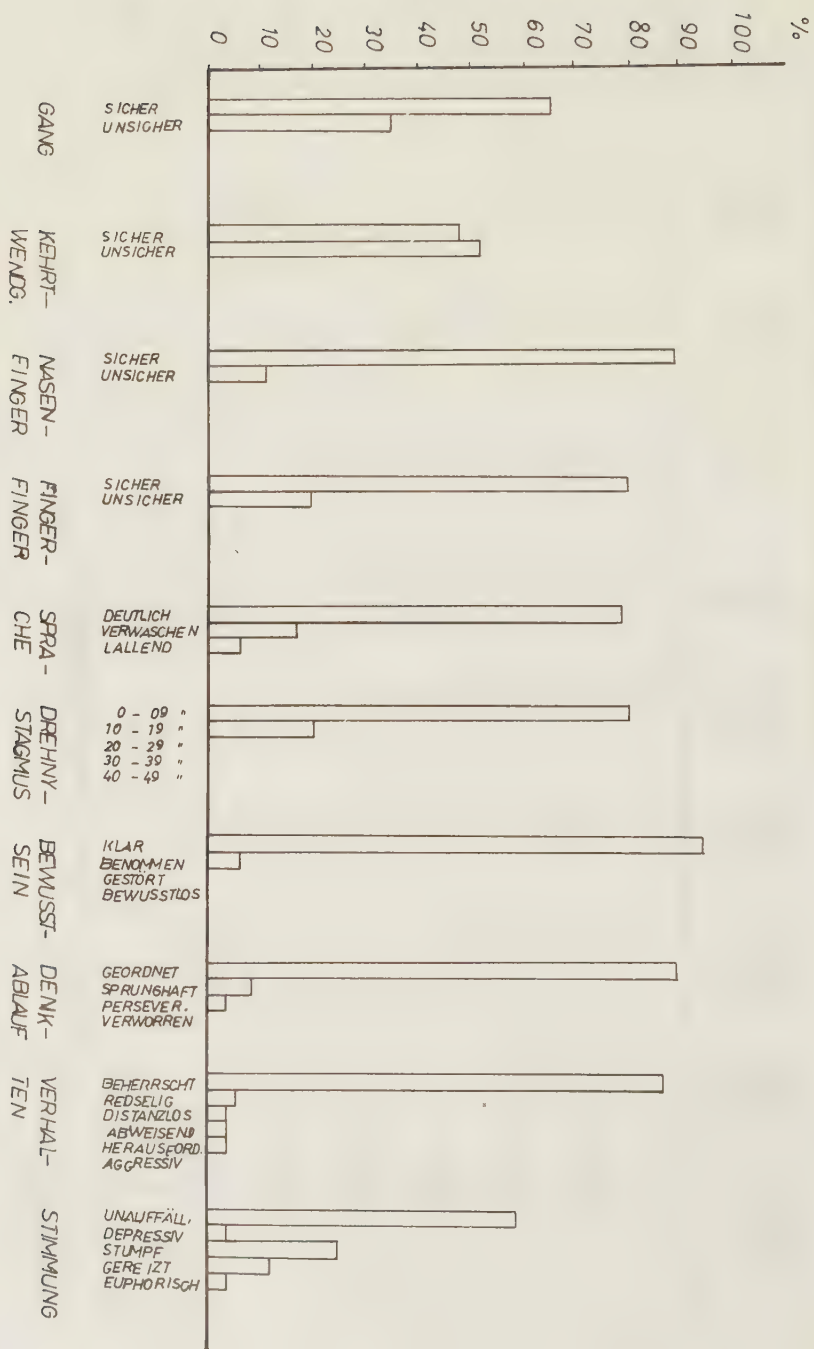
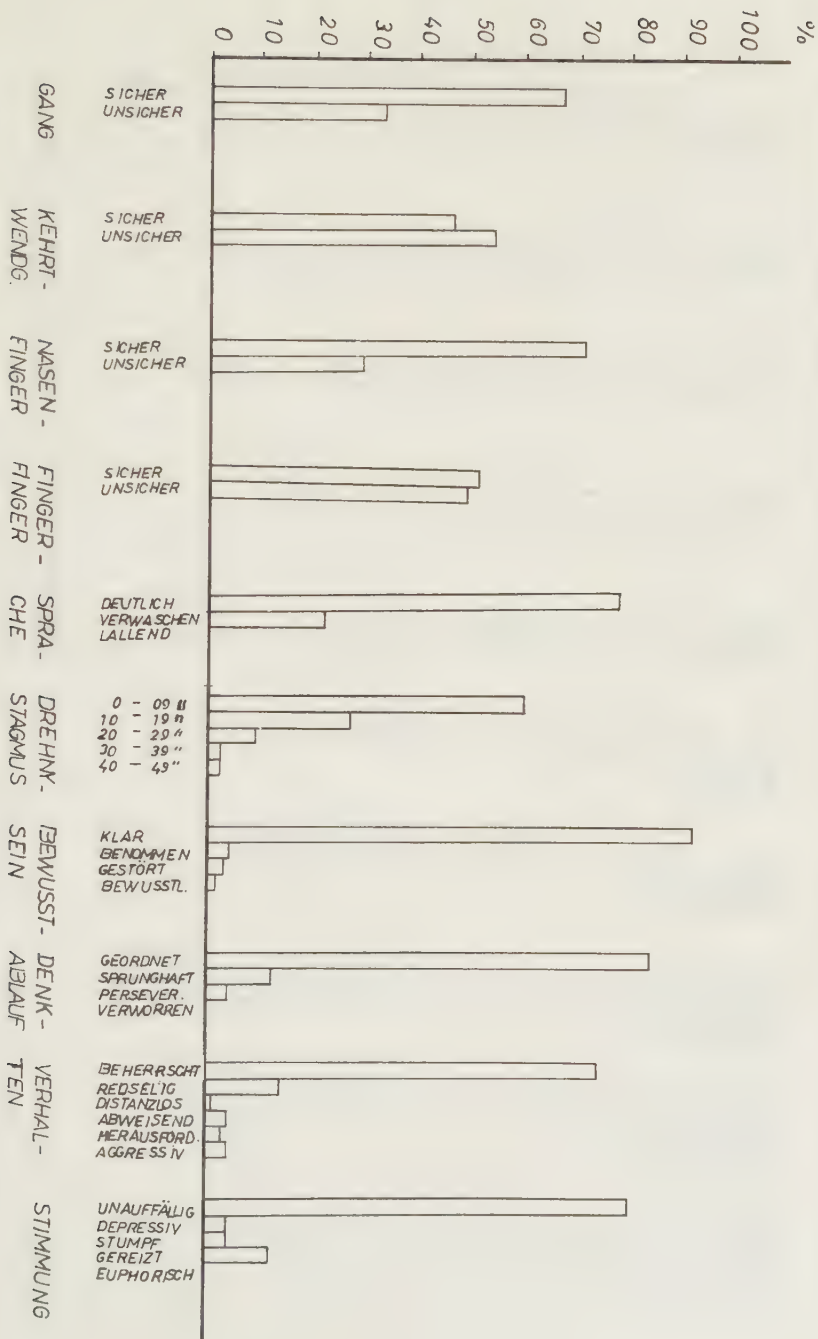
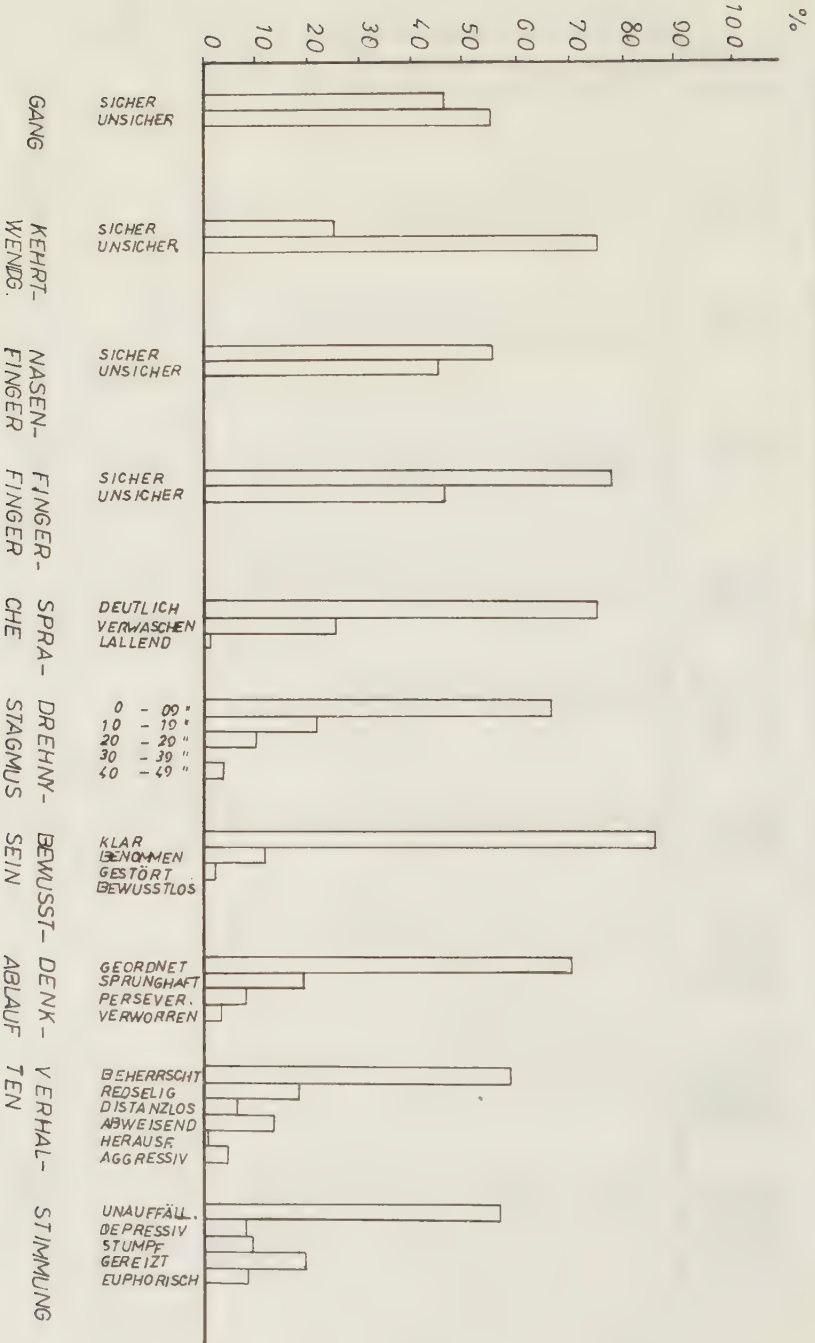


Abb. 4

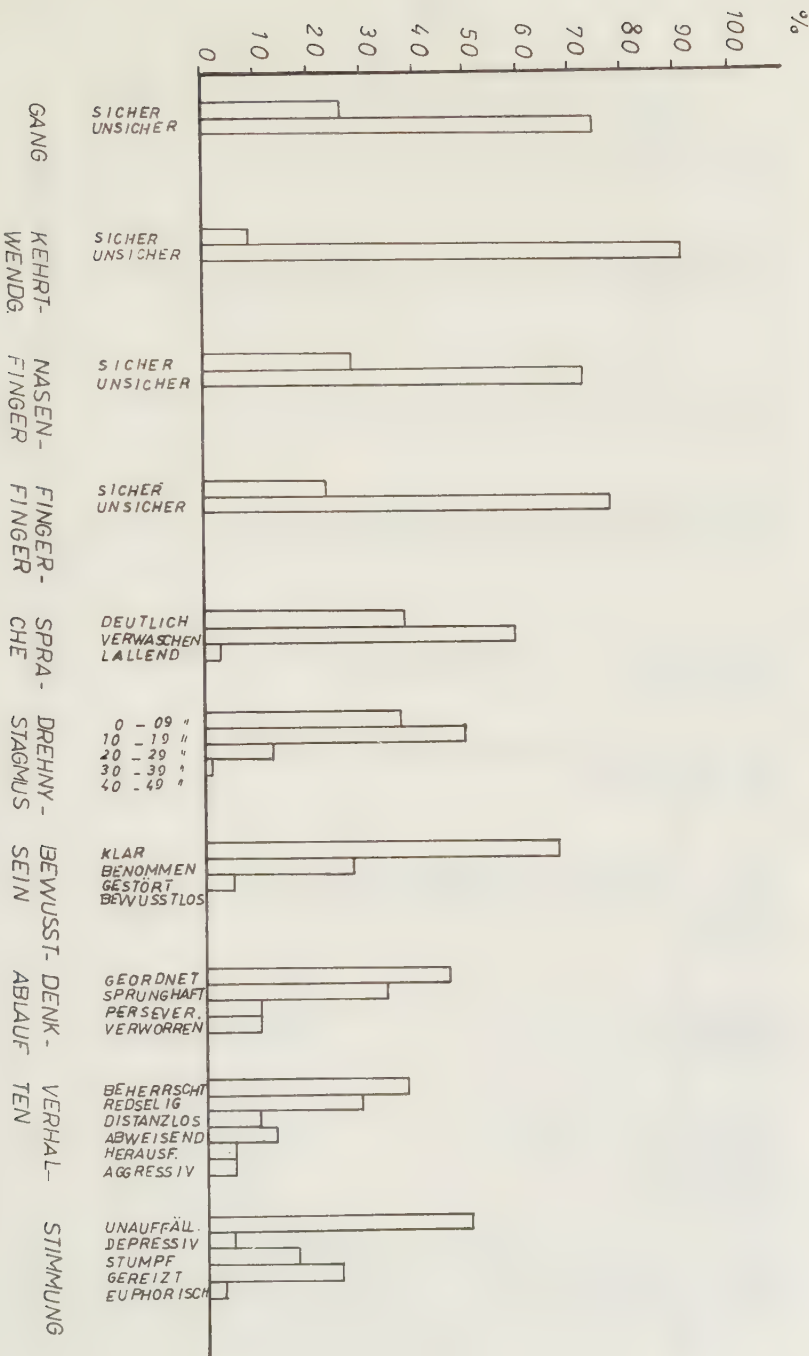


DIAGNOSE: "leicht bis deutlich betrunken"

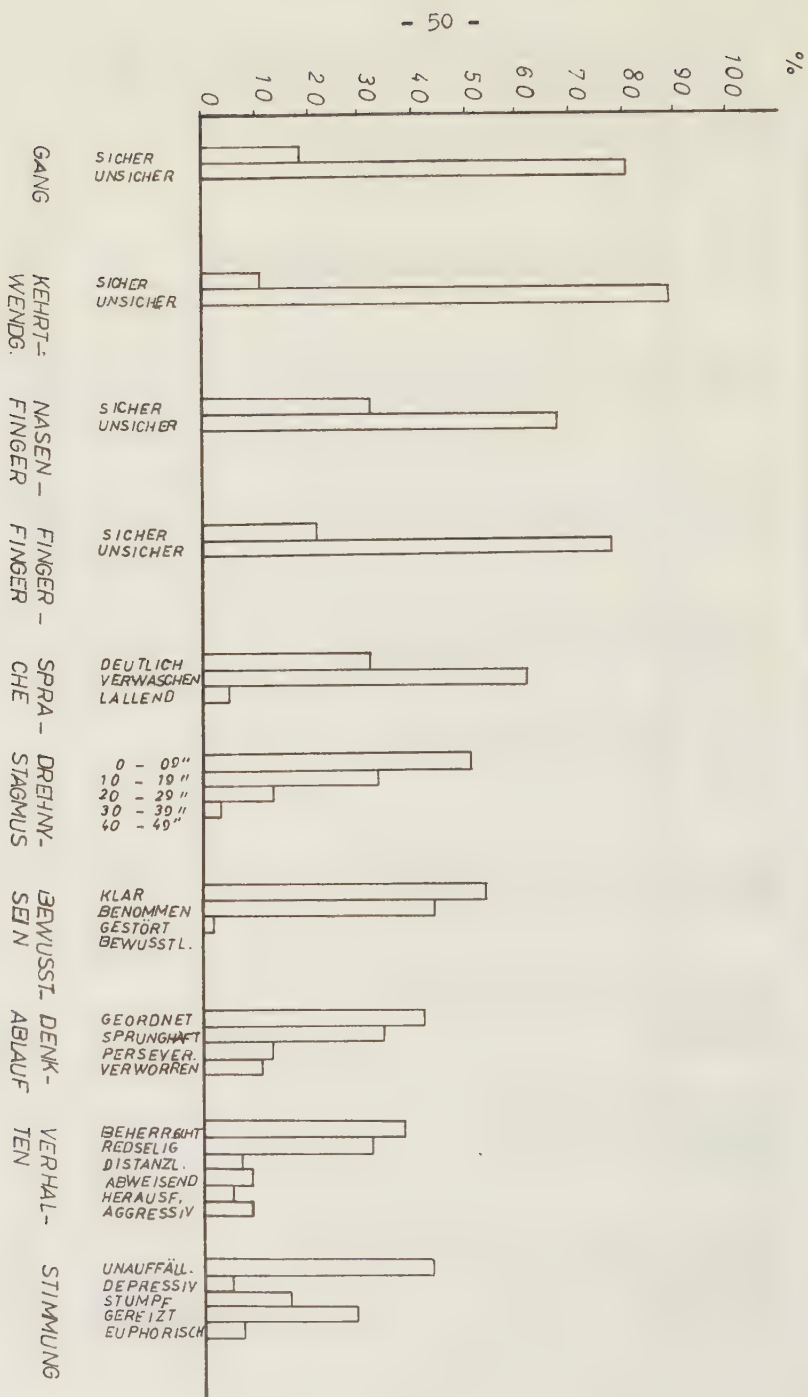
Abb. 6



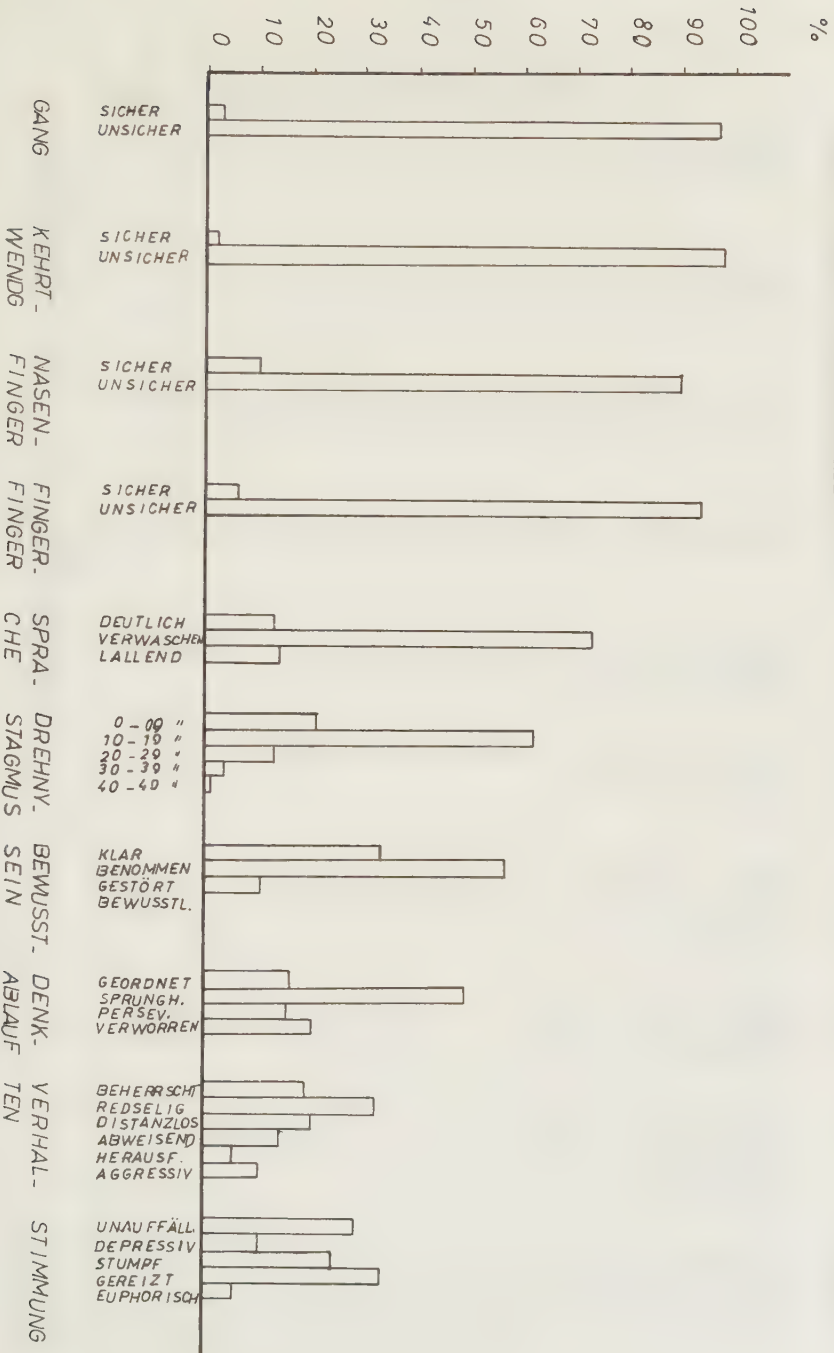
DIAGNOSE: "deutlich betrunken"



DIAGNOSE: "deutlich bis stark" betrunken

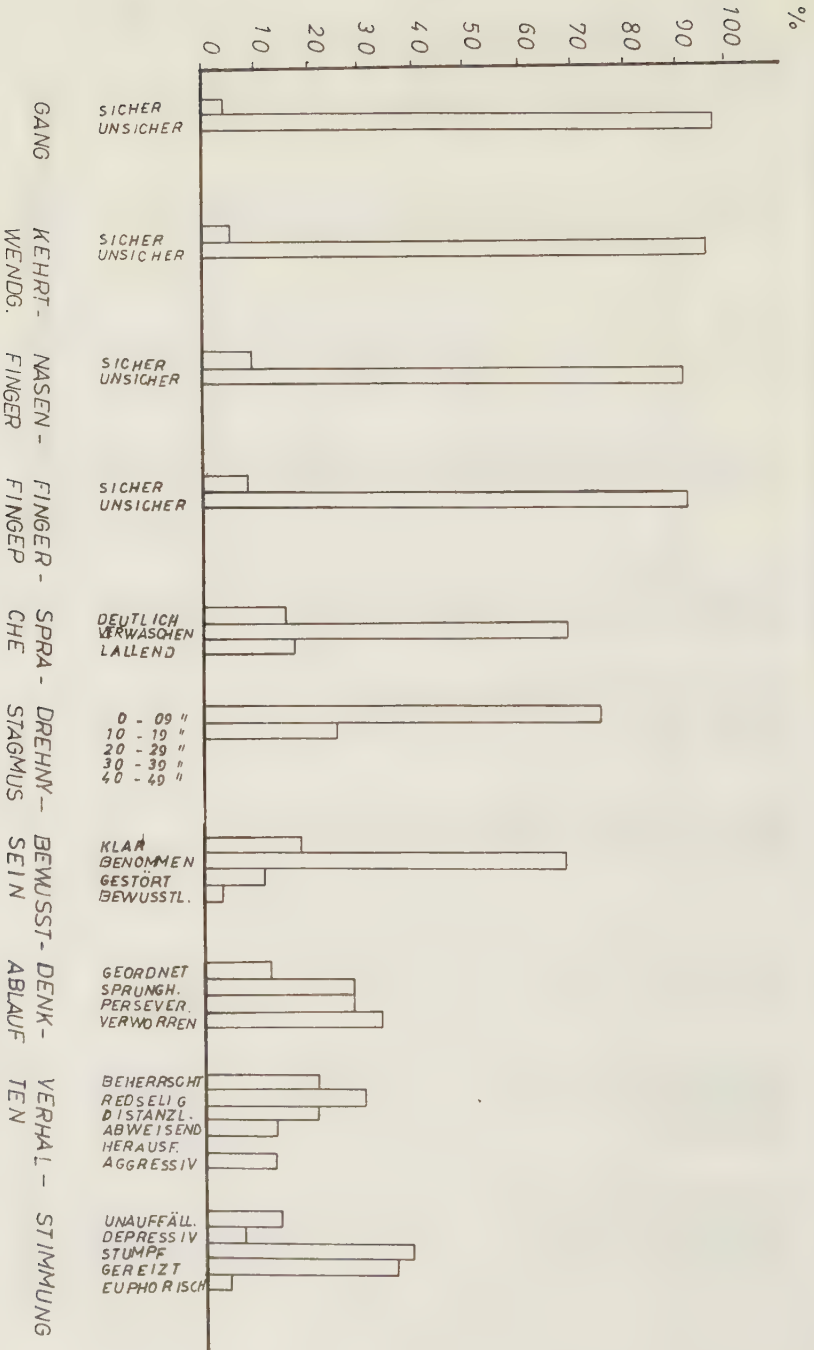


DIAGNOSE: "stark betrunken"

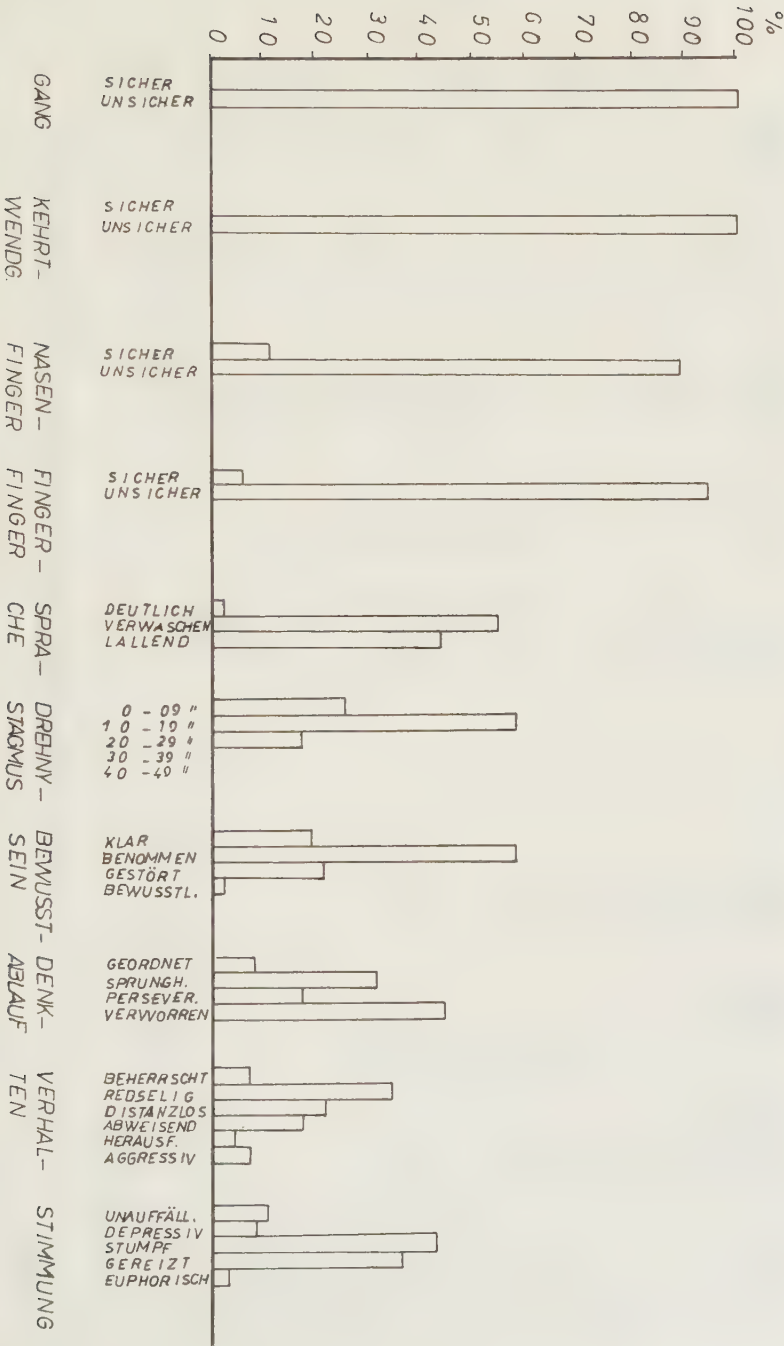


DIAGNOSE: "stark bis sehr stark betrunken"

Abb. 10

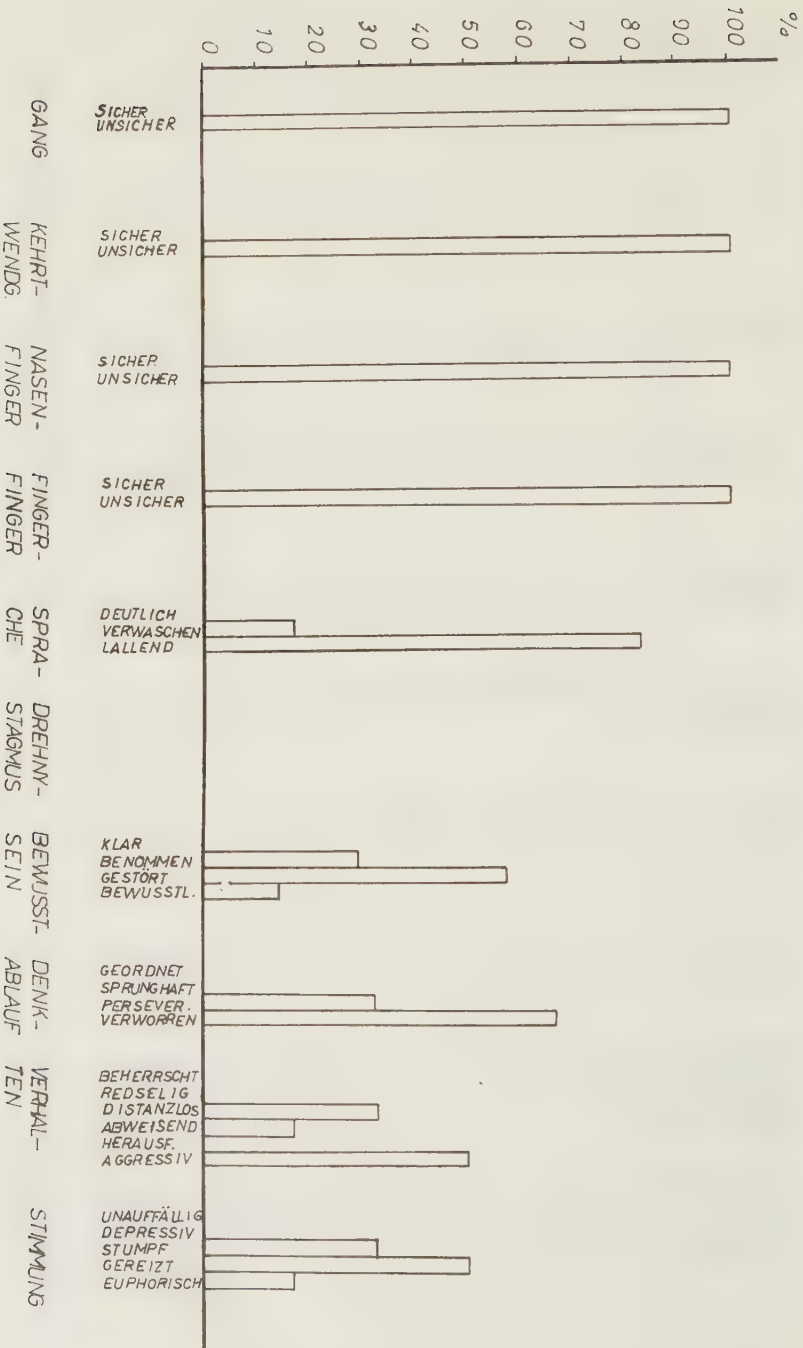


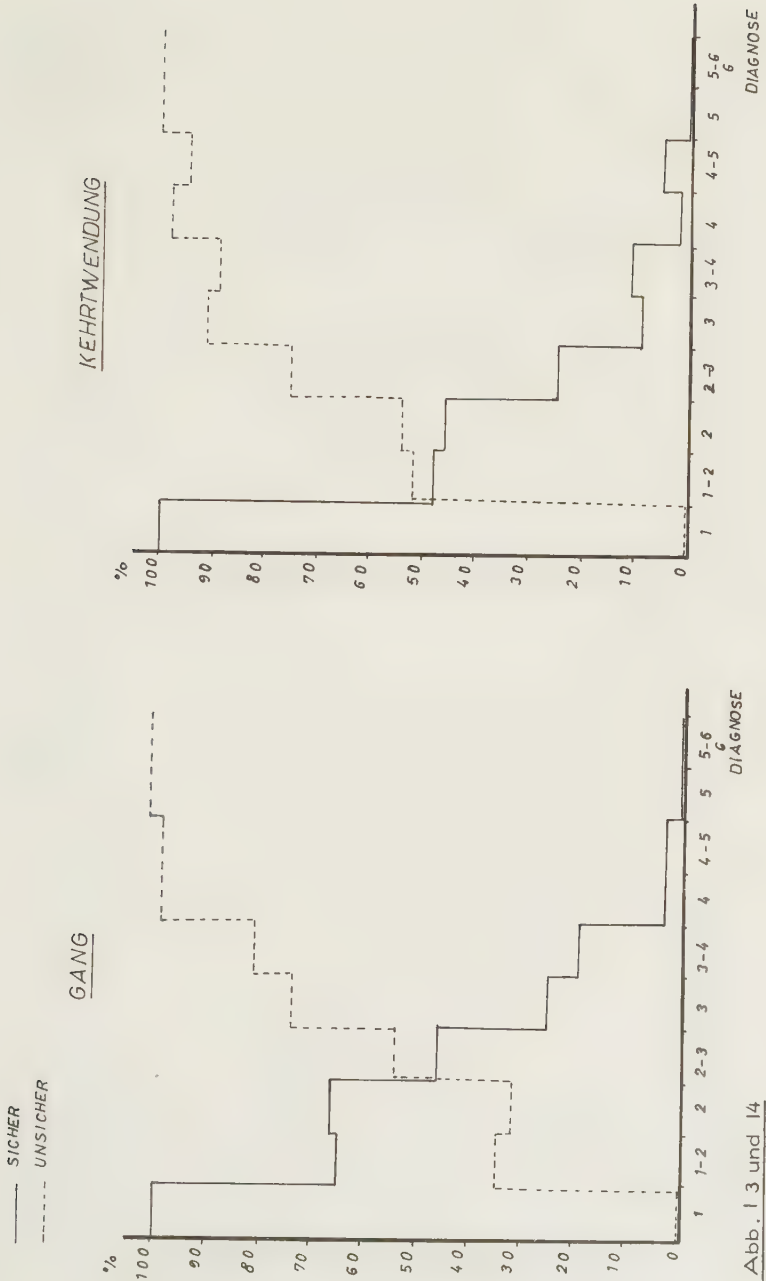
DIAGNOSE: "sehr stark betrunken!"



DIAGNOSEN: "sehr stark bis sinnlos betrunken"

Abb. 12





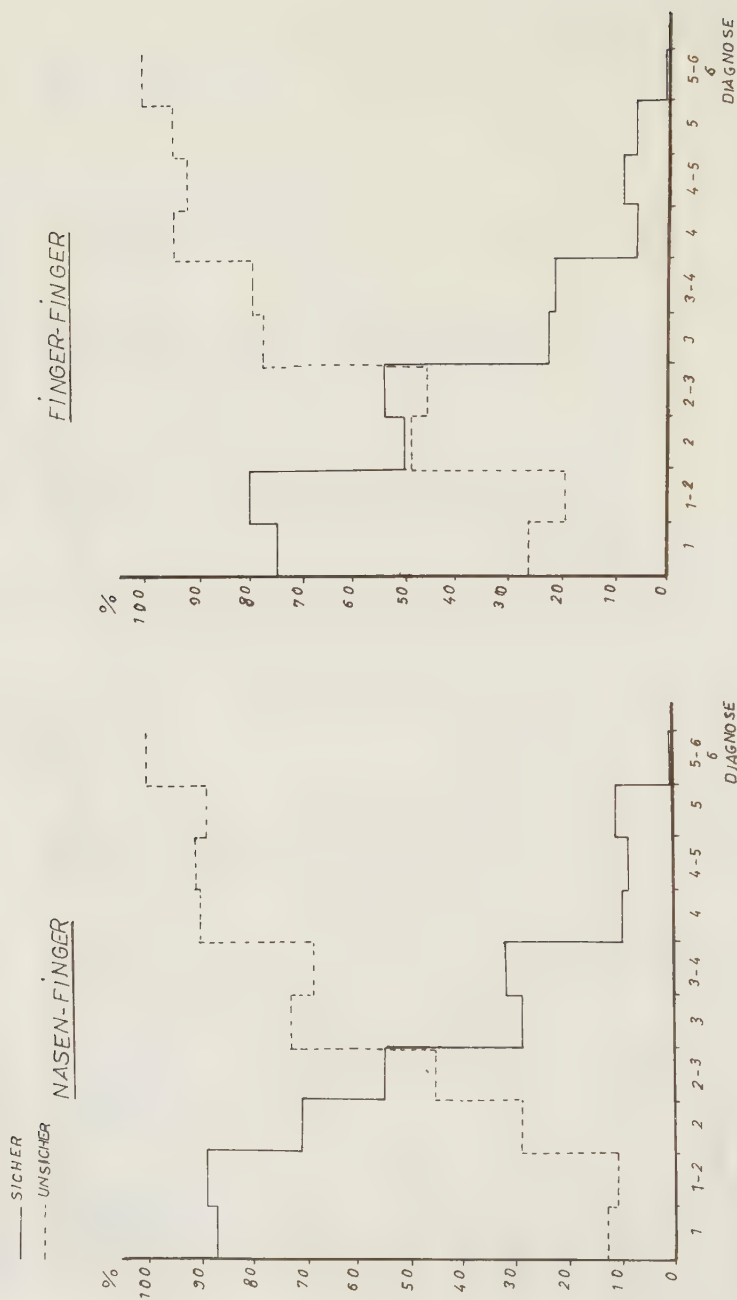


Abb. 15 und 16



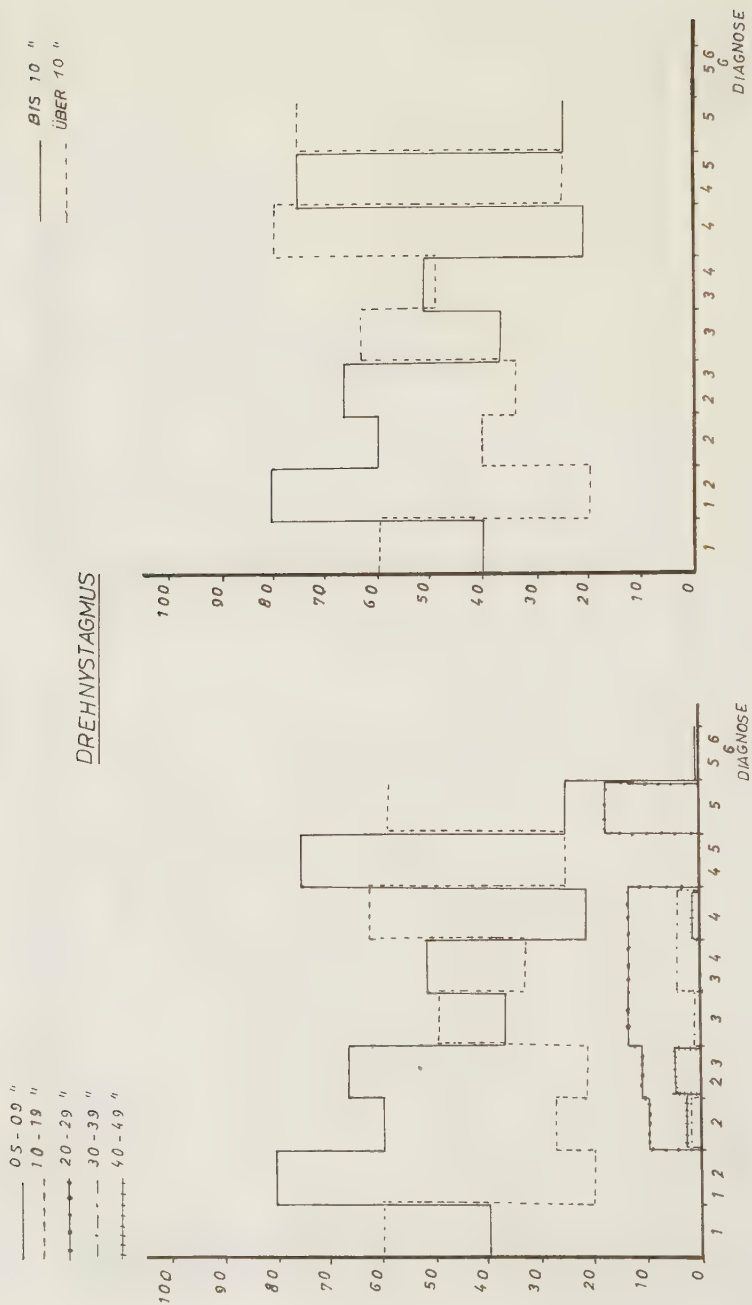
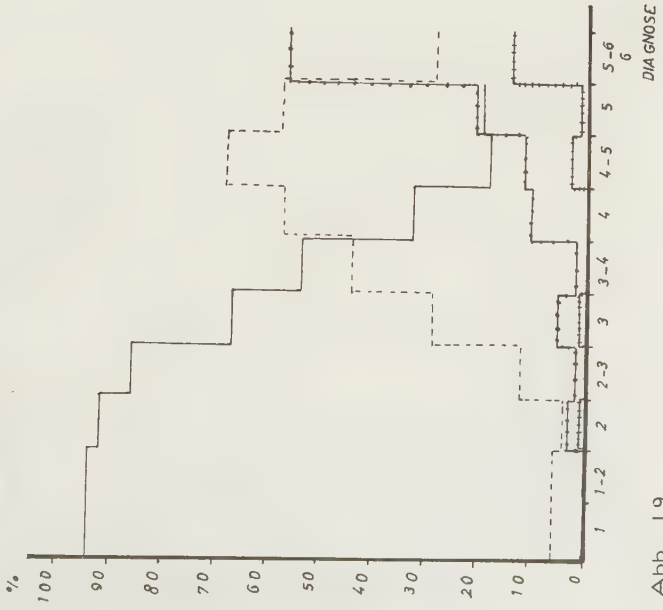


Abb. 18

— klar
 - - - - - benennen
 + + + + + GESTÖRT
 + + + + + BEWUSSTLOS



— NEGATIVER BEFUND
 - - - - - POSITIVER BEFUND

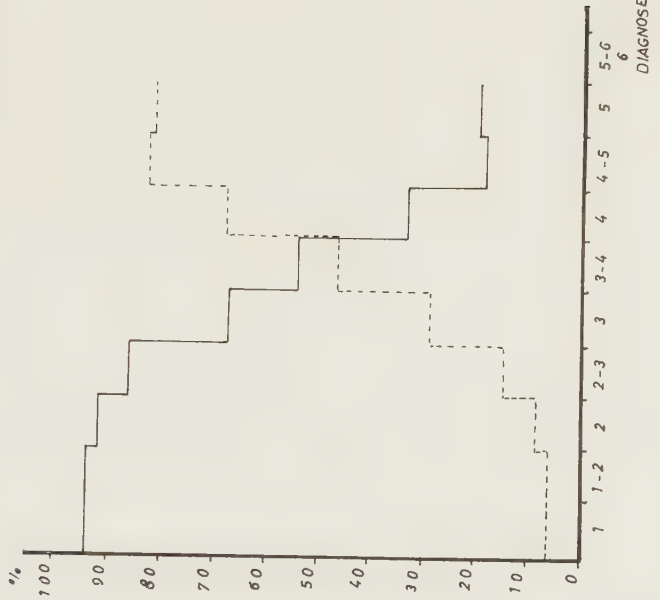
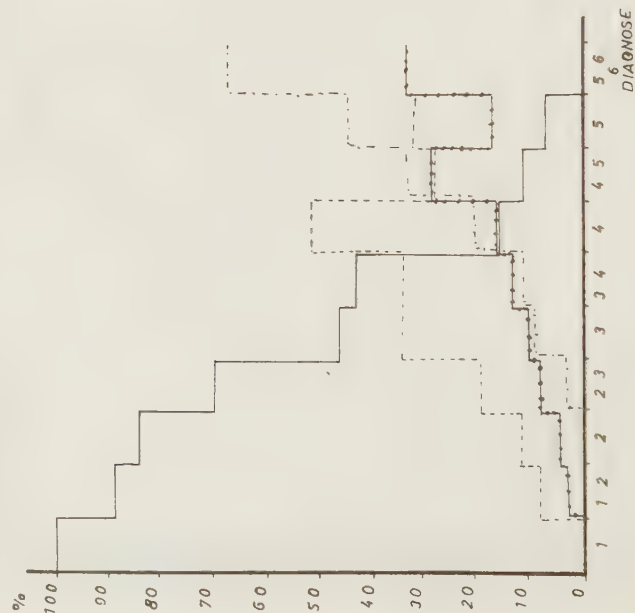


Abb. 19

— GEORDNET
 - - - SPRUNGHAFT
 — PERSEVER.
 - - - VERWORREN



DENKABLAUF

— NEGATIVER BEFUND
 - - - POSITIVER BEFUND

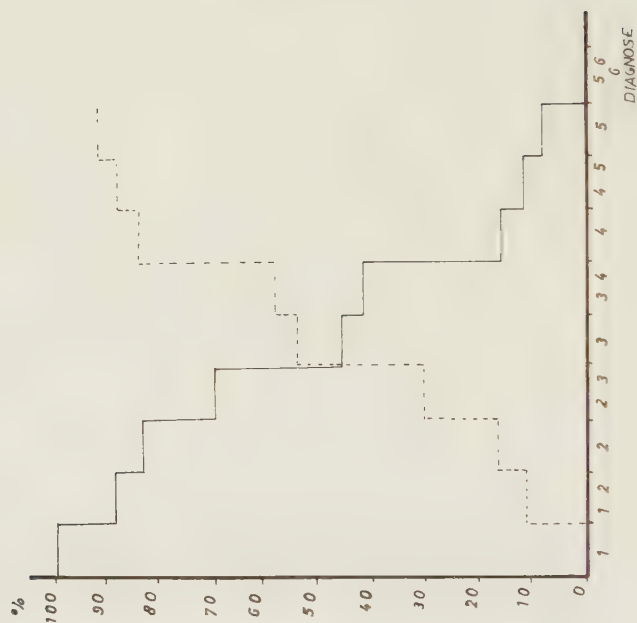


Abb. 20

— UNAUFFÄLLIG
 - - - - - DEPRESSIV
 + + + + + STUMPF
 + + + + + GEREIZT
 - - - - - EUPHORISCH

STIMMUNG

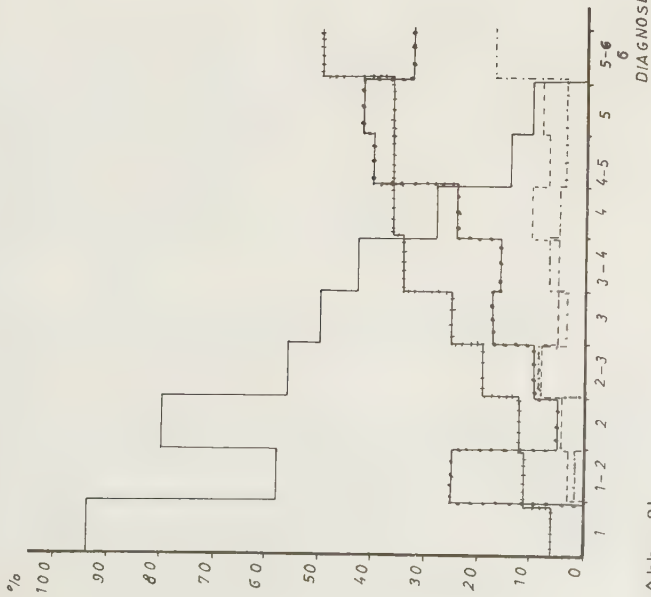
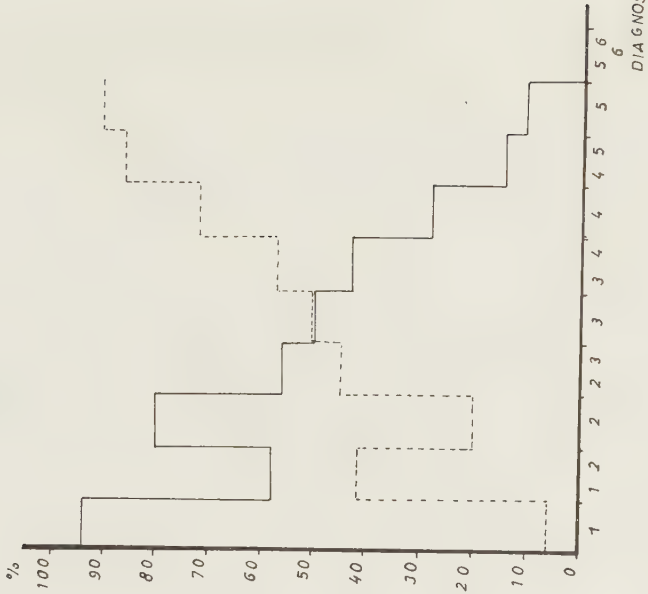


Abb. 21

— NEGATIVER BEFUND
 - - - - - POSITIVER BEFUND



BEHERRSCHT
REDSELIG
DISTANZLOS
ABWEISEND
HERAUSFORD.
AGGRESSIV

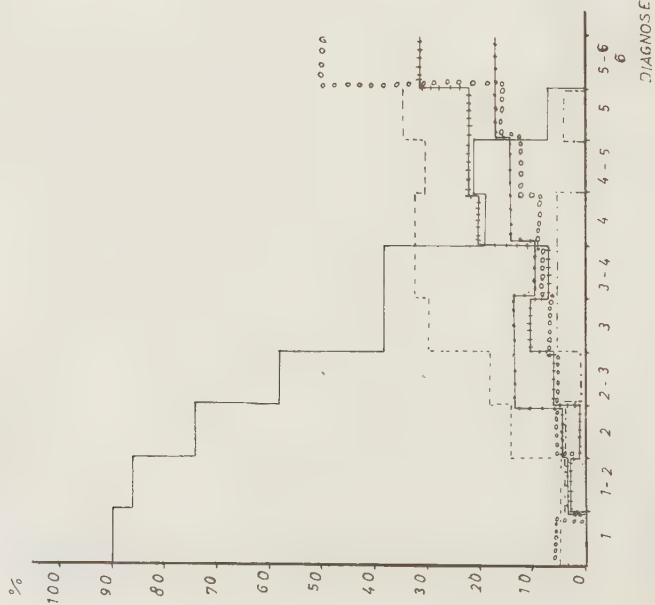
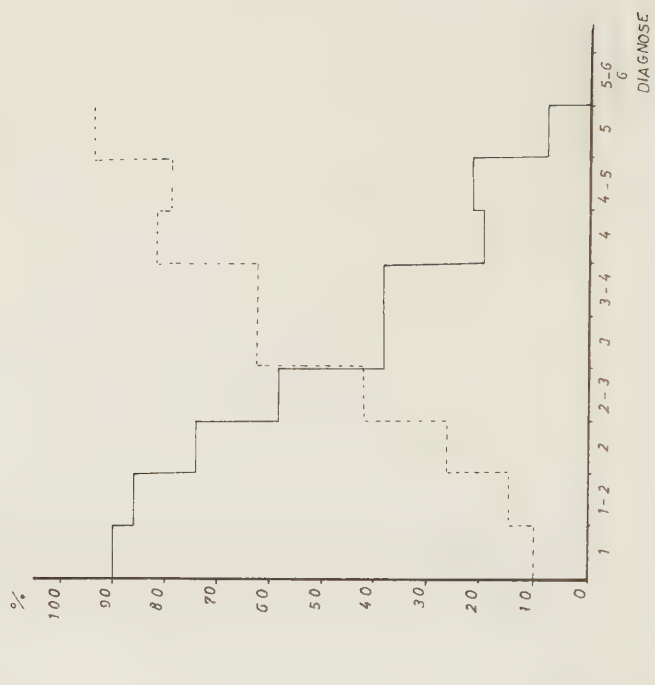


Abb. 22

NEGATIVER BEFUND
POSITIVER BEFUND



5. Häufigkeitsverteilung der Promillegruppen auf Altersgruppen.

Im folgenden Text soll nun nicht in Worten das ausgedrückt werden, was in Tabellen 13 und 14 viel klarer in Zahlen dargelegt ist, sondern es wird nur kurz auf einige Punkte hingewiesen.

Das Lebensalter der Sistierten liegt zwischen 17 und 89 Jahren, mit der größten Häufung (rund 71 %) in den Altersstufen zwischen 20 und 39 Jahren.

Bei PATSCHEIDER lag die größte Häufung zwischen 30 und 50 Jahren und bei REH befanden sich rund 65 % aller Personen im 4. und 5. Lebensjahrzehnt. Beide Autoren untersuchten aber nur Probanden mit BA-Werten von 3,0 ‰ und darüber.

Die kleinste Gruppe, nämlich 0,5 % stellen die 17- bis 19-jährigen dar.

Bemerkenswert ist die Tatsache, daß die 70- bis 89-jährigen mit 3,5 % stärker vertreten sind als die 60- bis 69-jährigen (= 1 %) und insgesamt den 3. Platz in der Rangliste der Häufigkeit einnehmen.

Vielleicht sind in diesem Phänomen die Zeichen unserer modernen Gesellschaft zu sehen:

- Dank der medizinischen Forschung werden die Leute in unserem Jahrhundert älter als im vorigen.
- Nicht nur mehr ältere Leute verfügen über ein Altersruhegeld, sondern diese Summe ist auch beträchtlich höher als in früheren Zeiten.
- Unsere Rentner und Pensionäre sind in der modernen Gesellschaft meist nicht mehr in der Familie aufgenommen und daher vereinsamt und vertreiben ihre Langeweile in der Gesellschaft von Alkohol.

Betrachtet man das Alter in Abhängigkeit von den Promillen (Tabelle 14), so kann man folgendes feststellen:

Die Promillewerte der jüngsten Altersgruppe liegen in den "unteren Bereichen".

In den "oberen Promillebereichen" sind die 30- bis 39-jährigen am stärksten vertreten. Die 20- bis 29-jährigen rücken an 2. und die 40- bis 49-jährigen an 3. Stelle nach.

Schließlich ist noch aufzuführen, daß die Ältesten Untersuchten Blutalkohol-Werte von 2,5 bis 3,39 ‰ hatten und daß die höchste BAK, nämlich 3,9 bis 3,99 ‰ ebenfalls in dieser Altersgruppe liegt. Da dies aber ein Einzelergebnis ist, muß man hier von einem Zufallsergebnis sprechen.

Tabelle 13
n = 1.028

Häufigkeitsverteilung der Diagnosen auf Altersgruppen

DIAGNOSE	ALTER						
	17-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-89
1	-	6	10	2	-	-	1
1-2	-	11	19	5	-	-	1
2	-	31	53	25	10	1	4
2-3	1	30	54	29	8	1	5
3	1	86	150	60	20	4	7
3-4	-	33	54	16	5	2	5
4	1	58	73	32	9	2	7
4-5	1	6	15	4	1	1	3
5	-	17	23	9	5	-	2
5-6	1	1	1	-	-	-	-
6	-	2	2	-	1	-	1
Gesamtzahl:	5	281	454	182	59	11	36 = 1028
%	0,5	27	44	18	6	1	3,5 = 100

6. Häufigkeitsverteilung der Berufsgruppen

Abbildung Nr. 23 zeigt, daß die Berufsgruppen der Handwerker und Techniker etwa gleich stark vertreten sind in den Diagnosegruppen 1 bis 3 sowie in den Diagnosegruppen 3-4 einschließlich 6.

Ferner sieht man deutlich, daß die Gruppe der Hilfsarbeiter häufiger in den hohen Diagnosegruppen repräsentiert ist als in den niedrigen.

Die Tabelle 15 hat die Berufsgruppen ausgewählt, die am stärksten vertreten waren. Für die nachstehende Diskussion wurde ihre prozentuale Verteilung genommen, weil dabei die unterschiedliche Häufung in den einzelnen Diagnosegruppen wegfällt.

Die unterschiedliche Bewertung der einzelnen Berufsgruppen spiegelt sich am deutlichsten im Quotienten der unter3 ermittelten Prozentzahlen wider. Je höher über 3

der Quotient ist, desto häufiger liegt die Diagnose in den Gruppen "nicht merkbar bis deutlich betrunken" im Vergleich zu den Gruppen "deutlich -stark bis einschl. sinnlos betrunken". Liegt der Quotient unter 1, so sind in dieser Berufsgruppe die Diagnosen in der Mehrzahl in der Gruppe ab 3-4 gestellt worden.

<u>Berufsgruppe</u>	<u>Quotient</u>
Selbständige	2,1
Berufsfahrer	1,5
Kaufmännische Angestellte u. Beamte	1,4
Handwerker	0,9
Hilfsarbeiter	0,6

Bei unserem Untersuchungsgut erhalten die Selbständigen und die Berufsfahrer die besten Beurteilungen. Da aber gerade bei diesen Berufsgruppen die "niedrigeren" BAK'en vorkommen, kann man sie mit den restlichen drei Berufsgruppen nicht ganz vergleichen (Tabelle 17).

Echt vergleichbar sind die sozialen Gruppen der Kaufleute und Beamten, der Handwerker und der Hilfsarbeiter. Unter diesen 3 Gruppen haben die Hilfsarbeiter - obwohl den niedrigsten Quotienten, der einhergeht mit der schlechtesten Beurteilung - die wenigsten Personen über 3,0 Promille.

Unsere Ergebnisse stimmen mit denen von STEUER (61) überein. Bei STEUER schien ebenfalls die Gruppe der ungelernten Arbeiter bei jeder BAK stärker unter Alkoholeinfluß stehend beurteilt worden zu sein als dies bei den Facharbeitern oder den Angestellten oder Akademikern der Fall war.

Bei den Werten von 2,0 ‰ und mehr wurden 8 % der ungelernten Arbeiter als "nicht merkbar bis leicht" unter Alkohol stehend bezeichnet. Dem steht ein Prozentsatz von 30 % bei den Facharbeitern mit gleicher Diagnose bei gleichem Promillewert gegenüber.

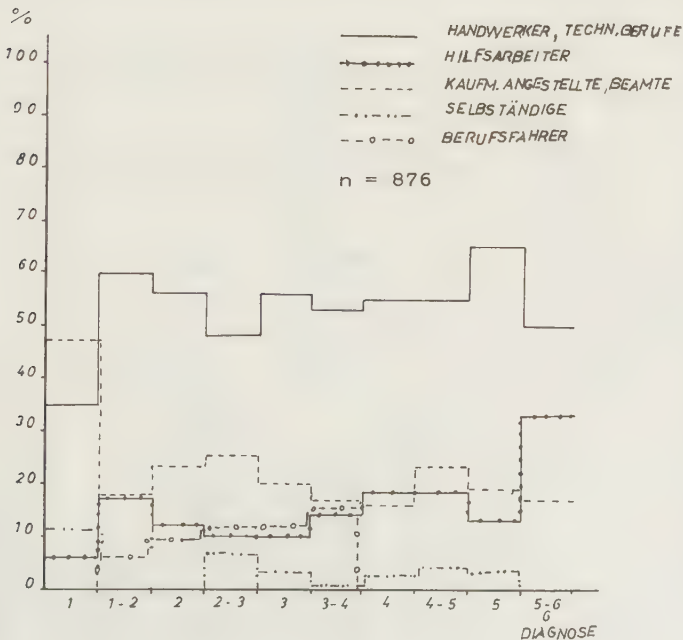
Es besteht demnach ein deutlicher Unterschied in der Beurteilung des Trunkenheitsgrades durch die Ärzte bei gleichen Promillewerten nach den verschiedenen Berufsgruppen. Vermutlich steht diese Differenz in der Beurteilung mit dem Persönlichkeitsniveau der untersuchenden Person in enger Beziehung, da der Arzt bei mangelnden klinischen Symptomen seine Diagnose nur nach dem Auftreten, dem Benehmen und nach den Antworten des Untersuchten stellt.

Tabelle 15

Häufigkeitsverteilung einzelner ausgewählter Berufsgruppen auf die Diagnosen

DIAGNOSE:	1	1-2	2	2-3	3	3-4	4	4-5	5	5-6/6	
BERUFE:											
Selbständige	2	-	-	6	8	1	2	1	1	-	Zahl
	12	-	-	6	3	1	2	4	3	-	%
Handwerker	6	21	60	53	160	54	84	12	24	3	Zahl
	35	60	56	48	56	53	55	55	65	50	%
Hilfsarbeiter	1	6	13	11	29	14	28	4	5	2	Zahl
	6	17	12	10	10	14	18	18	13	33	%
Kaufleute	8	6	25	28	58	18	25	5	7	1	Zahl
Beamte	47	17	23	25	20	17	16	23	19	17	%
Berufsfahrer	-	2	10	12	32	15	13	-	-	-	Zahl
	-	6	9	11	11	15	9	-	-	-	%

Abb. 23: Häufigkeitsverteilung ausgewählter Berufsgruppen



Häufigkeitsverteilung der einzelnen Berufe auf die Diagnosegruppen

Beruf	Diagnose											
	1	1-2	2	2-3	3	3-4	4	4-5	5	5-6 u. 6	total	
Selbständige	29	-	-	628	838	15	210	15	15	-	21	Zahl %
Handwerker, Techn. Berufe, Ingenieure	61	214	6013	5311	16034	5411	8418	123	245	30,5	477	Zahl %
Hilfsarbeiter, ungel. Arbeiter	11	65	1311	1110	2926	1412	2825	44	54	22	113	Zahl %
Kaufmännische Angestellte	63	53	2214	2515	5635	1710	2113	53	63	11	164	Zahl %
Berufsfahrer, (Kran, Taxi, Fuhruntern.)	-	22	1012	1214	3238	1518	1316	-	-	-	84	Zahl %
Beamte	212	16	317	317	212	16	424	-	16	-	17	Zahl %
Künstler	-	-	-	111	3333	111	33	-	111	-	9	Zahl %

Ärzte (Human-, Zahn- Tierärzte)	1 33	-	-	-	1 33	-	-	1 33	-	-	-	3 %
Rentner, Pensionäre	1 11	-	3 33	-	1 11	1 11	-	-	3 33	-	-	9 %
Soldaten	-	-	2 22	1 11	2 22	-	3 33	-	-	1 11	-	9 %
Lehrlinge, Studenten	-	1 8	1 8	2 15	2 15	1 8	3 23	-	1 8	2 16	-	13 %
ohne Angaben	-	-	10	14	32	10	21	8	14	-	-	Zahl

Gesamtzahl: 19 36 124 128 328 115 182 31 56 9 1028

Tabelle 17

n = 1.028

Häufigkeitsverteilung der einzelnen Berufe auf die Promillegruppen

Beruf Promille

Selbständige	6 28	2,6- 2,59	2,7- 2,69	2,8- 2,79	2,9- 2,89	3,0- 3,09	3,1- 3,19	3,2- 3,29	3,3- 3,39	3,4- 3,49	3,5- 3,59	3,6- 3,69	3,7- 3,79	Zahl %
Handwerker, Techniker, Ing.	128 27	116 24	89 18	58 12	37 8	16 3	22 4	7 2	4 1	2 1	- -	- -	- -	Zahl %
Hilfsarbeiter, ungel. Arbeiter	33 30	19 17	21 18	18 16	11 9	5 4	- -	2 2	2 2	1 1	- -	1 1	- -	Zahl %
Kaufmännische Angestellte	50 30	32 19	23 14	20 12	18 11	11 6	5 3	4 3	1 0,5	1 0,5	1 0,5	1 0,5	- -	Zahl %
Berufsfahrer	20 24	18 22	16 19	13 15	9 11	7 8	- -	1 1	- -	- -	- -	- -	- -	Zahl %
Beamte	6 35	4 23	2 12	2 12	1 6	1 6	- -	- -	1 6	- -	- -	- -	- -	Zahl %
Künstler	3 33	5 56	- -	- -	- -	1 11	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	Zahl %

Ärzte (Human-, Zahn-, Tierärzte)	-	1 33	-	-	-	2 67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Zahl %
Rentner, Pensionäre	4 45	3 33	1 11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Zahl %
Soldaten	3 30	4 40	2 20	-	-	-	-	-	1 10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Zahl %
Lehrlinge Studenten	5 38	3 24	5 38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Zahl
ohne Angaben	30	23	14	11	6	8	2	3	2	-	1	2	3	1	1	1	1	1	1	Zahl

Gesamtzahl:

288 234 177 127 82 51 30 18 10 4 3 3 1

7. Häufigkeitsverteilung der Delikte.

Sofern in diesem Zusammenhang davon gesprochen wird, daß der Gelegenheitsuntersucher zu einer "günstigeren" Beurteilung neige, weil er öfters geringere Trunkenheitsgrade diagnostiziert, wird allerdings nur die eine Seite des Problems, nämlich die Überführung betrunkenen Verkehrsteilnehmer, beachtet. Für einen in anderer Weise Straffälligen wäre es "günstiger", eine möglichst schwere Trunkenheit attestiert zu bekommen, da dies Bedeutung für seine strafrechtliche Verantwortlichkeit bzw. seine Betrafung haben kann.

Unter diesem Aspekt werden die Untersuchungs-Protokolle beleuchtet. Das Gesamtmaterial wurde in die Gruppe der Verkehrstäter und der andersartig Straffälligen geteilt. Es soll sich zeigen, ob Kriminelle und Verkehrstäter verschieden beurteilt wurden.

Hierzu haben wir die Trunkenheits-Beurteilungen in zwei Gruppen zusammengefaßt: Diagnose "nicht merkbar" bis einschließlich "leicht bis deutlich" unter Alkohol stehend und die Diagnose "deutlich" bis einschließlich "sinnlos betrunken".

Die Verteilung der Delikte in den zwei Diagnose-Gruppen war nicht unterschiedlich:

Die Verkehrs-Delikte machen in den Diagnosen 1 bis 2-3 72 % und in den Diagnosen 3 bis 6 68 % aus, während die Allgemein-Delikte zu 28 % in den "geringgradigen" und zu 32 % in den "hochgradigen" Diagnosen vertreten sind (siehe Tabelle 18).

Die festgestellte Trunkenheits-Befundung ist unabhängig vom Delikt.

In Tabelle 19 finden Sie die Häufigkeitsverteilung der Delikte auf die einzelnen Promille und Diagnosegruppen.

Tabelle 18

Verhältnis: Verkehrs-Delikte zu Allgemein-Delikte

<u>Diagnosen</u>	<u>Verkehrs-Delikte</u>		<u>Allgemein-Delikte</u>		<u>ohne Angaben</u>
	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%	abs. Zahl
1	14	74	5	26	-
1-2	24	69	11	31	1
2	93	78	26	22	5
2-3	82	67	41	33	5
	213		83		11
	= 72 %		= 28 %		
3	227	73	86	27	15
3-4	88	79	23	21	4
4	109	64	62	36	11
4-5	13	42	18	58	-
5	23	46	27	54	6
5-6, 6	5	63	3	37	1
	465		219		37
	= 68 %		= 32 %		

<u>Diagnosen</u>	<u>Verkehrs-Delikte</u>		<u>Allgemein-Delikte</u>	
	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%
1 bis 2-3	213	= 31	83	= 27
3 bis 6	465	= 69	219	= 73

Häufigkeitsverteilung der Delikte auf die einzelnen Promille und Diagnosengruppen

<u>DELIKAT</u>	<u>Promille</u>															<u>o. A.</u>
	2,5- 2,59	2,6- 2,69	2,7- 2,79	2,8- 2,89	2,9- 2,99	3,0- 3,09	3,1- 3,19	3,2- 3,29	3,3- 3,39	3,4- 3,49	3,5- 3,59	3,6- 3,69	3,7- 3,79	3,8- 3,89	3,9- 3,99	
Verkehrsunfall	4		1	1		2			1							
alkohol. V-Teilnehmer	2	3														
Einbruch-Diebstahl-	1	1				1										
Zechprellerei																
Unzucht mit Kindern	1															
Sachbeschädigung			1													
	<u>DIAGNOSE: 1</u>															
Verkehrsunfall	3	3	3	1	1	2									1	
alkohol. V-Teilnehmer	1	2	2	1	1											
Einbruch-Diebstahl-	3		1	1	1		1									
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht		2	2	1	1											
Schlägerei, Randa-			1	1	1											
lieren, Widerstand																
Sonstiges			1													
Hausfriedensbruch				1												
	<u>DIAGNOSE: 1-2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								5	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1										1	
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1													1	
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																
	<u>DIAGNOSE: 2</u>															
Verkehrsunfall	14	11	11	11	5	2	1								1	
alkohol. V-Teilnehmer	6	8	9	3	1											
Einbruch-Diebstahl-	4	6	1	1	1	2										
Zechprellerei																
VU + Fahrerflucht	1	3	3		1											
Unzucht mit Kindern		1														
Schlägerei, Randa-	2	1														
lieren, Widerstand																

Sonstiges	2	1
Hausfriedensbruch-	1	
Sachbeschädigung		
Betriebsunfall	1	
Mord - Totschlag		1

DIAGNOSE: 2-3

Verkehrsunfall	17	9	8	5	2	3	1	1	5
alkohol.V-Teilnehmer	8	5	2	5	1	2			
Einbruch-Diebstahl-	8	5	5	3	2	2			
Zechprellerei									
betrunkon aufgefunden			1						
VW + Fahrerflucht	6	2		2	1		1	1	
Unzucht mit Kindern		1							
Schlägerei, Randa-	4	3	2		1				
lieren, Widerstand									
Messerstecher				1					
Brandstifter	1								
Sonstiges				1	1				

DIAGNOSE: 3

[illegible]

DELIKTE

Promille

2,5- 2,6- 2,7- 2,8- 2,9- 3,0- 3,1- 3,2- 3,3- 3,4- 3,5- 3,6- 3,7- 3,8- 3,9 o.A.
 2,59 2,69 2,79 2,89 2,99 3,09 3,19 3,29 3,39 3,49 3,59 3,69 3,79 3,89 3,99

DIAGNOSE: 3-4

Verkehrsunfall
 alkohol. V-Teilnehmer
 Einbruch-Diebstahl-
 Zechprellerei
 betrunken aufgefunden
 VU + Fahrerflucht
 Schlägerei, Randa-
 lieren, Widerstand
 Exhibitionismus
 Messerstecher
 Sonstiges
 Hausfriedensbruch-

4

DIAGNOSE: 4

Verkehrsunfall
 alkohol. V-Teilnehmer
 Einbruch-Diebstahl-
 Zechprellerei
 betrunken aufgefunden
 VU + Fahrerflucht
 Schlägerei, Randa-
 lieren, Widerstand
 Messerstecher
 Brandstifter
 Sonstiges
 Hausfriedensbruch-
 Sachbeschädigung
 Betriebsunfall

11

DIAGNOSE: 4-5

Verkehrsunfall	1	2	1	1	1	2	1		
alkohol.V-Teilnehmer	1	1	1	1	1	2		1	
Einbruch-Diebstahl	3	1	1	1	1		1	1	1
betrunken aufgefunden									
WU + Fahrerflucht						1			
Schlägerei, Randalieren, Widerstand	1		2						
Sonstiges		1							
Hausfriedensbruch	1						1		

DIAGNOSE: 5

Verkehrsunfall	6		4	1	2	1		1	
alkohol.V-Teilnehmer	1	3	1	1	1				
Einbruch-Diebstahl-	2	4	2	1	1	1	1	1	
Widerstand									
betrunken aufgefunden		1			1				
WU + Fahrerflucht						1			
Schlägerei, Randalieren, Widerstand	4	3							
Brandstifter									
Sonstiges			1						
Hausfriedensbruch-	1		1		1				
Sachbeschädigung									

DIAGNOSE: 5-6 u 6

Verkehrsunfall	2		1						1
alkohol.V-Teilnehmer		1			1				
betrunken aufgefunden		1	1						
Schlägerei, Randalieren, Widerstand				1					

VI. Rückschlüsse

Schließlich möchten wir noch auf einen sehr wesentlichen Punkt, nämlich den der strafrechtlichen Verantwortlichkeit unter hochgradiger Alkoholeinwirkung eingehen.

In den Strafverfahren wegen Trunkenheit am Steuer taucht immer wieder das Problem auf, nach welchen Trinkmengen oder bei welchem Alkohol-Promillewert eine Unzurechnungsfähigkeit im Sinne des § 20 StGB anzunehmen ist bzw. wann eine erhebliche Einschränkung der Einsichts- oder der Steuerungsfähigkeit § 21 StGB vorliegt. Hier wird oft die Frage gestellt: Kann man anhand bestimmter Promillesätze eine allgemeine Regel aufstellen, bei der mit Sicherheit die Voraussetzungen der Unzurechnungsfähigkeit gegeben sind bzw. ausgeschlossen werden können?

Die genossene Alkoholmenge ist zwar maßgebend für die Höhe des ins Blut übergegangenen Alkohols und diese ist auch wieder bestimmend für die Zurechnungsfähigkeit. Aus der Trinkmenge kann jedoch niemals ein sicherer Schluß auf die Höhe des BA-Spiegels gezogen werden, da die Menge des Alkohols, die ins Blut übergeht und dort zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhanden ist, von vielen anderen Faktoren abhängig ist (z.B. von der Art und Menge der genossenen Speisen, von der Trinkgeschwindigkeit, vom Abbaufaktor usw.)

Aber auch die aufgrund einer Blutprobe errechneten Blutalkoholwerte können auf keinen Fall allein maßgebend für die Prüfung der Zurechnungsfähigkeit sein. Die Rechtsprechung hat vielmehr stets betont, daß es immer auf die jeweiligen Umstände des Einzelfalles ankomme, da die Wirkung des Alkohols bei den einzelnen Personen unter verschiedenen Voraussetzungen anders sein könne.

Dabei sind insbesondere von Bedeutung die Alkoholverträglichkeit, die allgemeine körperliche und seelische Verfassung, der Grad der Ermüdung, die Zeit, Menge und Art der vorausgegangenen Nahrungsaufnahme, die Trinkgeschwindigkeit, die Stimmungslage und auch eine etwaige Erregung.

Hinsichtlich der Alkoholverträglichkeit ist vor allem zu beachten, daß es Menschen gibt, bei denen eine Unzurechnungsfähigkeit schon bei geringen Alkoholmengen auftritt. Diese mangelnde Widerstandsfähigkeit (Intoleranz) kann angeboren oder erworben sein. Auch bei Jugendlichen kann schon ein wesentlich geringerer Blutalkoholwert - etwa 2 ‰ und noch darunter - eine Unzurechnungsfähigkeit hervorrufen.

In völliger Übereinstimmung mit MALLACH und RÖSELER, und REH können auch wir aufgrund dieser Untersuchung nur davor warnen, in der forensischen Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bei BAK'en über 2,5 ‰ nach einem starren Schema zu verfahren etwa derart, daß generell ab 2,5 ‰ eine Zurechnungsunfähigkeit im Sinne des § 20 StGB bzw. eine Volltrunkenheit gemäß § 330 a StGB gegeben ist.

Von ausschlaggebender Bedeutung in derartigen Fällen ist nicht die ungewöhnlich hoch erscheinende BAK von über 2,5 ‰, sondern die Verhaltensweise und das Erscheinungsbild der betreffenden Person. Hierfür ließen sich aus der täglichen Gerichtspraxis zahlreiche Fälle anführen.

Da der ärztliche Untersuchungsbefund bei der Beurteilung unter Alkoholkwirkung begangener Straftaten trotz mancherlei Mängel als ein sachlicher oder doch zumindest taktischer Angelpunkt angesehen werden dürfte, wird man bestrebt bleiben müssen, seine Fehlermöglichkeiten und die Grenzen seines Aussagewertes

herauszustellen, um Verfahrens- und Bewertungsfehlleistungen nach Möglichkeit einzuschränken. Man wird auch ohne Überschätzung des Wertes eines "klinischen Befundes" aus der Erfahrung in Strafprozessen einräumen müssen, daß er sehr häufig wenigstens eine Diskussionsgrundlage für strafrechtliche Entscheidungen liefert, sei es nun bei einer BAK unter 0,8 ‰ für die Konkretisierung der alkoholbedingten Leistungseinbuße als Voraussetzung einer medizinisch begründeten Verkehrsunsicherheit oder -untüchtigkeit oder aber bei höheren Konzentrationen für die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit (HEIFER).

Man geht jedoch am Grundsätzlichen vorbei, wenn man lediglich kritisch aufweist, daß zwischen festgestellter BAK und erhobener Trunkenheitsdiagnose "Diskrepanzen" bestehen, gleichermaßen wenn man deswegen von "Fehldiagnosen" spricht. Die Durchführung der Trunkenheitsuntersuchung leitet ihren Sinn und ihre Berechtigung von der Voraussetzung ab, daß zwischen BAK und Trunkenheit keine völlige Korrelation existiert. Die Blutentnahme wäre entbehrlich, könnte man - z.B. durch Prüfung des Drehnystagmus - in jedem Falle sichere Rückschlüsse auf die Höhe des Blutalkoholspiegels ziehen.

Die klinische Untersuchung zielt jedoch nicht auf die Feststellung der BAK, sondern auf die Feststellung des Trunkenheitsgrades. Gegenstand des Tests ist die psychophysische Verfassung des Untersuchten, die bei gleichem Blutalkohol sehr unterschiedlich sein kann. Daß bei gleicher Konzentration verschiedene Diagnosen gestellt werden - und umgekehrt - entspricht vollauf der Erwartung.

VII. Zusammenfassung

Unter 26.183 polizeilich angeordneten Blutalkohol-Untersuchungen des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München in den Jahren 1970 bis 1974 ließen sich insgesamt 1028 = 3,93 % männliche Sistierte mit einem Blutalkohol-Gehalt von 2,5 ‰ und mehr ermitteln und auswerten:

- Obwohl die Alkoholdelikte in den 5 Jahren ständig zunahmen, wurden die hohen Alkoholwerte laufend weniger und zwar rund um ein Drittel gegenüber den ersten beiden Jahren.
- Die Diagnosen stimmten nur in 38 % der Fälle mit dem tatsächlichen Trunkenheitsgrad überein.
- Es wurde eine Wertigkeit von Alkoholwirkungs-Merkmalen durchgeführt. Drehnystagmus, Kehrtwendung, Finger-Finger-Probe, Gang, Stimmung, Denkablauf und Nasen-Finger-Probe traten deutlich in ihrer Signifikanz für die Trunkenheits-Diagnose gegenüber den Feststellungen einer Störung des Verhaltens, der Sprache, des Bewußtseins zurück.
- Es besteht ein deutlicher Unterschied in der Beurteilung des Trunkenheitsgrades durch die Ärzte nach den verschiedenen Berufsgruppen.
- Die festgestellte Trunkenheits-Befundung ist unabhängig vom Delikt.

VIII. Literaturverzeichnis

- ANDREASSON, R., u. R. BONNICHSEN: Ergebnisse klinischer Untersuchungen bei verschiedenem Blutalkoholgehalt. Blutalkohol 2, 485 (1964).
- BSCHOR: zitiert nach HEIFER
- DECKERT, W.: Beziehungen zwischen Blutalkoholbefund, Trunkenheitsgrad und Lebensalter. Dtsch. Z. f. gerichtl. Med. 32, 51 (1939/40).
- DUCHO, E.-G.: Zur statistischen Auswertung von Trunkenheitsbefunden. Blutalkohol 4, 128 (1967).
- ELBEL, H., u. F. SCHLEYER: Blutalkohol, Thieme, Stuttgart (1956) 2. Auflage
- Dieselben: zitiert nach STEUER.
- GERSCHOW, J., u. V. SACHS: Die gesetzmäßigen Beziehungen zwischen Alkoholkonzentration, Zeit und klinisch feststellbarer Trunkenheit. Dtsch. Z. f. gerichtl. Med. 51, 32 (1961).
- GROSS, H.: Über die hochgradige Alkoholeinwirkung beim Menschen. Blutalkohol 1, 291 (1962).
- HAASE, D.: Statistische Untersuchungen über die Beziehungen zwischen BAK und ärztlich festgestellten äußeren Symptomen der Alkoholeinwirkung. Inaugural-Dissertation Bonn (1955).
- HASSELBALCH-LARSEN, I.: zitiert nach HAASE.
- HEIFER, U.: Untersuchungen über die Wertigkeit von Alkoholwirkungs-Merkmalen. Blutalkohol 2, 244 (1964).
- HEIN, K.-H.: Zur Verwertung des bei der Blutentnahme erhobenen klinischen Befundes. Blutalkohol 2, 481 (1964).
- HESSE, G.: Die alkoholbedingte Fahrunsicherheit. Erich Schmidt-Verlag, Berlin (1959).
- JETTER, W.: zitiert nach HAASE.

- KAYE, S., and H.B. HAAG: Terminal blood alcohol concentrations in ninetyfour fatal cases of acute alcoholism. J. Amer. Med. Ass. 165, 451 (1957).
- KRAULAND, W., C. ROSE, u. K. FREUDENBERG: Blutalkoholkonzentration und ärztliche Diagnose. Blutalkohol 2, 514 (1964).
- KÜRZINGER, R.: Ist eine alkoholische Beeinflussung aus dem äußeren Verhalten zu erkennen? Dtsch. Gesundh.-Wes. 13, 1522 (1958).
- LAVES, W.: Über die Unterschiede der individuellen Alkoholverträglichkeit und deren Ursachen. Beitr. gerichtl. Med. 19, 90 (1952).
- LINCK, K.: Med. Klin. 45, 570 (1950).
- LOMMER, E.: Statistische Betrachtungen zur Trunkenheitsdiagnose und zur Anwendbarkeit der Nystagmusprobe. Dtsch. Z. f. gerichtl. Med. 32, 281 (1959).
- MALLACH, H.J., u. P. RÖSELER: Über die hochgradige Alkoholwirkung beim Menschen. Blutalkohol 1, 161 (1962).
- Dieselben: Beobachtungen und Untersuchungen über die gemeinsame Wirkung von Alkohol und Kohlenmonoxyd. Arzneimittelforschung 11, 1004 (1961).
- MUELLER, B.: Gerichtliche Medizin, Springer Verlag, Berlin, (1953) und Band 1, (1953).
- PATSCHIEDER, H.: Hohe Blutalkoholkonzentration im Straßenverkehr. Blutalkohol 12, 291 (1975).
- PONSOLD, A.: Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin. Thieme, Stuttgart (1957 u. 1967).
- PAULY, H.M.: Über die Beziehungen zwischen dem klinischen Befund bei der Blutentnahme und der BAK. Inaugural-Dissertation Bonn (1949).
- RASCH, W.: Wert und Verwertbarkeit der sogenannten klinischen Trunkenheitsuntersuchung. Blutalkohol 6, 129 (1969).
- REH, H.: Über abnorm starke Alkoholverträglichkeiten. Blutalkohol 3, 199 (1965).

- ROMMENEY, G.: Ungewöhnliche Formen des Alkoholrausches. Dtsch. Z. f. gerichtl. Med. 41, 277 (1952).
- SCHNEIDER, A.: Zurechnungsfähigkeit und Promille. Blutalkohol 3, 165 (1965).
- SCHWEITZER, H.: Dtsch. Z. f. gerichtl. Med. 43, 18 (1954).
- STEUER, W.: Untersuchungsergebnisse über Ursachen der ärztlichen Fehldiagnosen bei Blutalkoholuntersuchungen. Med. Sachverst. 2, 32 (1962).
- Derselbe: Die Blutalkoholuntersuchung und ihre Beziehung zum benutzten Verkehrsmittel, dem Alter und der sozialen Stellung der untersuchten Personen. Med. Sachverst. 3, 49 (1961).
- TASCHEN, B.: Nystagmusprobe zur Feststellung der Alkoholbeeinflussung. Dtsch. Z. f. gerichtl. Med. 44, 436 (1955).
- THÜRAUF: zitiert nach STEUER
- WELTZIEN: zitiert nach STEUER

Herrn Prof. Dr. Liebhardt danke ich
für die Überlassung des Themas und
die Anregungen bei der Arbeit. Frau
Dr. Baur und Herrn Dr. Beier danke
ich für ihre Unterstützung.

Lebenslauf

Am 23. September 1942 wurde ich in Bilberg, Landkreis Vilsbiburg als zweites Kind der Kaufleute Andreas und Maria Hausberger geboren.

Nach Rückkehr aus der Evakuierung besuchte ich 7 Jahre die Volksschule in München. Danach trat ich in die Mittelschule der Armen Schulschwestern am Mariahilfsplatz in München über und erwarb nach dreijährigem Schulbesuch mit 16 Jahren die Mittlere Reife. Anschließend war ich 4 Jahre im elterlichen Lebensmittelgeschäft tätig. Ab September 1962 besuchte ich vier Semester lang die Städtische Sprachenschule und erwarb im Juli 1964 das Dolmetscher-Diplom für die französische Sprache. Vom Mai 1965 bis November 1965 war ich bei der Firma MIAG FRANCE als Fremdsprachen-Sekretärin in Paris beschäftigt. Nach meiner Rückkehr arbeitete ich halbtags in einer Brillengroßhandlung in München als Fremdsprachen-Sekretärin und besuchte gleichzeitig einen Spanisch-Tageslehrgang der Städtischen Sprachenschule. Fünf Jahre - vom Juni 1967 bis Mai 1972 - arbeitete ich ganztägig bei der Firma R.I.O. Industrieausrüstung in München als Chef-Sekretärin.

Im Oktober 1971 bestand ich die Begabtenprüfung am Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Anfang November 1971 belegte ich an der Universität in München die Fächer Physik und Chemie. Im Mai 1972 konnte ich mich für das Studium der Zahnheilkunde an der Universität in München einschreiben und legte im April 1974 die zahnärztliche Vorprüfung und im März 1977 das Staatsexamen ab.

